

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

642

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Roger ALLILAIRE

Né le 11 Avril 1909, à Eguzon (Indre).

LE CANCER DE L'OREILLE

Président : M. LEMAITRE, professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Roger ALLILAIRE

Né le 11 Avril 1909, à Eguzon (Indre).

LE CANCER DE L'OREILLE

Président : M. LEMAITRE, professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940



LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.

GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

HUGUENIN	Anatomie pathologique.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER ...		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART ..	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			
	MM.		
	EGALLE	Clinique obstétricale.	
	METZGER		
	PORTES		
	VIGNES		

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON FILS

A MES PARENTS ET BEAUX-PARENTS

A MES FRERES, BEAU-FRERE, BELLE-SŒUR

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE
Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR WIART.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRE.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE.

MONSIEUR LE DOCTEUR MONIER-VINARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET.

INTERNAT PROVISoire

MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIE.

MADAME LE DOCTEUR BERTRAND-FONTAINE.

INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR GRIVOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET.

MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET.

MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTANT.

A MES CAMARADES
DES EQUIPES CHIRURGICALES MOBILES 48, 49, 50, 51.

CANCER DE L'OREILLE

INTRODUCTION

Le cancer de l'oreille a déjà fait l'objet de nombreux travaux. Les publications à son sujet se sont multipliées au cours de ces vingt dernières années. Mais il est un fait remarquable que la plupart ont trait seulement au cancer du pavillon. Nous n'avons guère retrouvé que trois ouvrages embrassant le problème dans son ensemble et traitant du cancer dans sa localisation aux différentes parties constitutives de l'oreille.

Sans doute, le cancer du pavillon est le plus fréquemment observé. Il est aisément reconnu et si son traitement est encore discuté dans ses modalités et ses indications, son pronostic reste dans l'ensemble favorable.

A l'opposé, le peu d'enthousiasme manifesté à l'égard du cancer de l'oreille interne, se conçoit également fort bien. Le mystère qui l'entoure reste toujours aussi épais que par le passé.

Mais le cancer du conduit auditif, le cancer de

l'oreille moyenne, s'ils sont plus rares et moins « rémunérateurs » que le cancer du pavillon, ne méritent pourtant pas l'ostracisme qui frappe, à juste titre, le cancer de l'oreille interne, et il est apparu à notre Maître MOULONGUET, lorsqu'il nous confia le sujet de cette thèse, qu'il convenait d'en tirer les conclusions cliniques, thérapeutiques et pronostiques qui s'en dégagent, à la lumière des observations publiées ces dernières années tant en France qu'à l'étranger.

•

HISTORIQUE

Depuis longtemps le cancer de l'oreille fut, cliniquement, reconnu. Il n'est, pour s'en convaincre, que de rappeler les belles descriptions qu'en donnèrent FISCHER en 1804, CAMPBELL en 1834, SÉDILLOT en 1859, SYDOW en 1862, VELPEAU en 1864, DEMARQUAY en 1869, pour ne citer que les plus mémorables.

Toutes ces observations, toutefois, ne sortent pas du cadre de la clinique pure. Il leur manque le seul critère valable en matière de cancer, celui qui doit étayer tout diagnostic clinique : le contrôle histologique. Si la clinique garde tous ses droits, elle n'en doit pas moins être contrôlée par l'examen histologique. Elle doit, en dernier ressort, céder le pas à la biopsie qui non seulement affirme le cancer mais permet encore d'en distinguer la variété.

Cette preuve anatomique nous est fournie pour la première fois en 1875, par SCHWARTZ.

Dès lors, l'ère histologique du cancer de l'oreille est ouverte. Les publications se succèdent. On les retrouvera à la bibliographie.

Nous retiendrons qu'à côté de l'épithélioma, apparaîtrait le sarcome dont la première observation, en France, est due à MÉNIÈRE, en 1894.

Le premier travail d'ensemble sur la question appartient à CUVILIER en 1913. Il est repris en 1928 par RETROUVEY, dans la Revue de Laryngologie, puis par SOBEL dans sa thèse en 1933.

F R E Q U E N C E

Le cancer de l'oreille est une affection rare. En regard des autres maladies de l'oreille, il apparaît dans une proportion infime. BURKNER en compte 14 sur un peu moins de 44.000 malades; BEZOLD, 7 sur 20.000; SEKOULITCH, 20 sur 53.000. C'est dire, d'après ces statistiques, qu'il se présente, à peu près, un cancer pour 3.000 malades examinés.

A. ROBINSON, en 1931, apporte une statistique plus pauvre encore, puisque, sur 210.000 malades, 48 seulement sont atteints de cancer de l'oreille.

Certains auteurs, pourtant, pensent qu'il est moins rare qu'on ne le dit classiquement, et récemment CORTIAL (Thèse 1935) et DUGOUJON (Thèse 1936) ont rapporté respectivement 42 et 59 observations de cancer de l'oreille externe, recueillies, il est vrai, aux centres anti-cancéreux de Lyon et Bordeaux.

C'est au cancer de l'oreille externe, d'ailleurs, que revient la première place, parmi les tumeurs malignes de l'oreille. Longtemps, il a résumé, à lui seul, toute leur histoire. SEKOULITCH en rapporte 17 observations sur 20 cas observés; A. ROBINSON, 19 sur 24.

L'atteinte de l'oreille moyenne est plus rare encore. La statistique de SEKOULITCH n'en mentionne que 3 cas, celle de ROBINSON, 5 cas.

JUNOD donne une statistique plus fournie : 6 cas sur 45.000 malades examinés.

De même CHRISTEN et KUMMER, 6 cas sur 40.000 malades et GRITTI PAOLO 2 sur 20.000.

Dans sa localisation à l'oreille moyenne, le cancer est soit un épithélioma, soit un sarcome. JUNOD a rencontré 3 épithéliomas contre 2 sarcomes, sur les 6 cas qu'il a observés. Par contre, pour BAROLA, la disproportion serait plus lourde en faveur des premiers. Dans une communication faite en 1935, il cite la proportion de 15 épithéliomas contre 1 sarcome.

Quant au cancer de l'oreille interne, la littérature est très pauvre en ce qui le concerne. Il est rarissime et sans individualité bien précise encore à l'heure actuelle.

ETIOLOGIE

L'étiologie du cancer de l'oreille, comme celle d'ailleurs de toutes les tumeurs malignes, en général, reste encore un problème à résoudre.

Parmi les causes prédisposantes ou qui ont pu mériter un tel qualificatif par leur observation répétée, plusieurs sont à considérer, notamment, l'âge, le sexe, la profession, le traumatisme, les causes locales.

L'ÂGE.

Le cancer de l'oreille frappe, en général les sujets après la cinquantaine.

Dans sa localisation au pavillon il est toujours, pratiquement, un épithélioma et s'observe avec un maximum de fréquence entre 60 et 80 ans.

Le sarcome, par contre, se voit, de préférence, chez les sujets jeunes : enfants ou adolescents. Le maximum de fréquence s'observe entre 2 et 12 ans.

LE SEXE, LA PROFESSION.

Ces deux facteurs semblent jouer un rôle important dans le cancer du pavillon.

L'homme en est le plus souvent atteint. Toutes les statistiques concordent à cet égard. VAUDIER, dans sa thèse (1922) en rapporte 48 cas sur 59 observés et, plus récemment : CORTIAL, 36 sur 42, et Simone LABORDE et E. VIA, 45 sur 59.

Faut-il voir dans cette prédominance marquée chez l'homme, le fait que le pavillon est moins bien protégé que chez la femme, contre les intempéries, l'action irritative des rayons solaires, du froid, qui ont pu être incriminées ? C'est possible, car il est un fait remarquable que la profession semble constituer un facteur étiologique important dans le cancer du pavillon. Ce sont les professions manuelles, paysannes en particulier, qui payent le plus lourd tribut au cancer de l'oreille externe.

Nous noterons encore que le cancer de l'oreille semble plus fréquent dans les races anglo-saxonnes. MAXWELL en cite 15 cas sur 6.500 malades examinés, proportion notablement plus élevée que celle observée par la plupart des auteurs.

Quant à l'hérédité, c'est un problème d'ordre général, que nous ne discuterons pas ici à propos du cancer de l'oreille. Nous ne mentionnerons que pour mémoire l'observation de VIGNE et OSADA à la Société Médicale des Bouches-du-Rhône, relatant le fait curieux d'un cancer de l'oreille ayant atteint et du même côté, quatre générations d'une même famille.

LE TRAUMATISME.

Le traumatisme a souvent été invoqué dans l'étiologie du cancer, comme il l'a été dans bien d'autres affections, que ce soit à titre causal ou à titre de coup de fouet sur l'évolution.

On sait que le cancer du pavillon peut se développer au niveau d'une cicatrice. DUGOUJON, dans sa thèse, cite un cas de cancer à évolution nettement accélérée par un traumatisme. Mais là encore, il est bien difficile de faire la part de ce qui revient à ce dernier.

LES CAUSES LOCALES.

Leur influence semble plus importante que celle des facteurs que nous avons jusqu'à maintenant envisagés.

Le fait a été fréquemment observé d'un cancer se développant sur un pavillon préalablement atteint de dyskératose, eczéma, que peut entretenir un écoulement chronique d'oreille, psoriasis. On cite encore le cas de cancers développés sur un lupus, une cicatrice.

Pour le cancer du conduit et surtout celui de l'oreille moyenne qu'il est bien souvent difficile de séparer l'un de l'autre, un facteur prédisposant important est constitué par l'OTITE CHRONIQUE.

Mais il est non moins indubitable que nombre de

cancers se développent sur une oreille parfaitement indemne de toutes les affections que nous venons de citer.

En conclusion, il ressort de ce bref aperçu, qu'en dehors des causes locales que l'on peut souvent incriminer à juste titre, les causes favorisantes du cancer de l'oreille sont celles que l'on peut discuter à propos de tout cancer. Quelle qu'en soit, la localisation, son étiologie reste mystérieuse.

CHAPITRE I

CANCER DE L'OREILLE EXTERNE

Il présente à considérer deux localisations qui s'opposent à bien des points de vue :

LE CANCER DU PAVILLON

LE CANCER DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANATOMIE MACROSCOPIQUE.

Siège. — On n'observe qu'exceptionnellement un cancer total intéressant le pavillon et le conduit.

En règle, il s'agit d'un cancer limité et son siège de prédilection est alors *l'hélix*. Puis par ordre de fréquence : la *conque*, le *tragus*, le *sillon rétro-auriculaire*.

Deux localisations sont plus rares, *au lobule*, *au conduit*.

ASPECT MORPHOLOGIQUE.

On peut observer :

1) *La forme bourgeonnante* : elle est la règle au lobule de l'oreille.

2) *La forme ulcéreuse* qui se rencontre surtout :

a) dans le sillon rétro-auriculaire où elle reste longtemps fissuraire;

b) au tragus;

c) à la partie centrale du pavillon;

3) En réalité, l'association des deux types précédents réalise la *forme ulcéro-végétante* qui est le plus fréquemment observée .

4) Nous ne ferons que citer la *forme destructive* beaucoup plus rare. Elle s'apparente à l'ulcus rodens et peut aboutir à une véritable amputation du pavillon.

EXTENSION.

A) *Locale*. — L'extension des lésions se fait lentement. Au début, la peau est seule intéressée. Le cartilage est longtemps indemne, mais secondairement l'infiltration néoplasique l'envahit, soudant alors en un bloc, cartilage et peau.

Les régions voisines de l'oreille sont longtemps respectées. L'extension est réglée par le siège primitif du cancer et se fait :

- a) vers le temporal, dans le cancer du pavillon proprement dit;
- b) vers le conduit, dans le cancer de la conque;
- c) vers l'articulation temporo-maxillaire, la parotide et le conduit, dans le cancer du tragus;
- d) vers les régions parotidienne et rétro-maxillaire, dans le cancer du lobule;
- e) vers la mastoïde et le conduit dans le cancer du sillon rétro-auriculaire.

Nous verrons ultérieurement que l'extension au conduit auditif externe, à la caisse du tympan, à la mastoïde, constitue un gros élément de gravité. Le traitement et le pronostic sont dès lors bien différents.

L'extension peut se faire plus avant encore en profondeur et atteindre parfois le rocher. C'est dans ce cas, qu'on a signalé des complications telles qu'un envahissement méningé, une hémorragie foudroyante par atteinte de la carotide interne ou du sinus latéral.

B) *Ganglionnaire*. — L'extension ganglionnaire est plus fréquente qu'on ne le croyait classiquement. MAUCLAIRE et FORGUE y ont insisté, et plus récemment ROUX BERGER qui l'a décelée cliniquement 38 fois sur 85 cas. Elle serait surtout le fait des épithéliomas

spino-cellulaires et s'observerait avec une plus grande fréquence dans l'épithélioma du pavillon.

Elle se fait, d'après ROUVIÈRE :

a) *Pour le pavillon : vers les ganglions profonds latéraux* du cou, par diverses voies suivant la localisation, encore que les différents territoires lymphatiques du pavillon soient loin d'être indépendants les uns des autres ;

1° par les troncs lymphatiques issus des ganglions pré-auriculaires sus et sous-aponévrotiques, parfois même parotidiens, qui reçoivent de la région lymphatique antérieure du pavillon comprenant : le tragus, la partie antérieure de l'hélix et de la fossette naviculaire.

2°) par les troncs lymphatiques issus des ganglions parotidiens inférieurs sous-auriculaires qui drainent la région lymphatique inférieure comprenant : le lobule de l'oreille et l'antitragus, et quelques troncs venus des régions lymphatiques antérieure et postérieure.

3°) par les troncs lymphatiques issus des ganglions mastoïdiens qui drainent la région lymphatique postérieure, la plus étendue, du pavillon et qui comprend : la partie postérieure de l'hélix et de la fossette na-

viculaire et toute la face interne du pavillon à l'exception de celle du lobule de l'oreille qui appartient à la région lymphatique inférieure.

La conque, placée à la jonction de ces 3 régions lymphatiques, est drainée pour partie par chacune d'elle et surtout par l'inférieure.

h) Pour le conduit : vers les ganglions profonds latéraux du cou :

1°) par l'intermédiaire des ganglions parotidiens pré-auriculaires sus ou sous-aponévrotiques qui reçoivent de la paroi antérieure du conduit.

2°) par l'intermédiaire des ganglions parotidiens sous-auriculaires, qui recevraient une partie de la lymphe de la paroi inférieure du conduit.

Cette opinion, toutefois, est niée par ARNOULD pour qui cette région serait drainée uniquement vers les ganglions parotidiens profonds.

3°) Enfin en ce qui concerne la paroi postérieure du conduit, directement dans les ganglions profonds latéraux du cou, le plus souvent dans les ganglions externes

les plus élevés de la chaîne jugulaire interne.

A la lumière de cet exposé sur les voies de dissémination lymphatique du cancer de l'oreille externe, on conçoit que le siège du cancer ait une valeur pronostique importante, et l'on redoutera plus particulièrement le cancer du tragus, le cancer du conduit lorsqu'il siège sur les parois antérieure ou inférieure. Ces deux variétés peuvent donner lieu en effet, à une dissémination lymphatique intra-parotidienne, donc profonde et difficilement appréciable. L'évidement de la loge parotidienne, pour être classique, n'est pas exempt de dangers et son pronostic tant vital que fonctionnel est loin d'être celui de l'évidement ganglionnaire du cou nécessité parfois par un cancer de l'hélix par exemple.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

Au point de vue histologique, le type le plus fréquent est l'épithélioma spino-cellulaire, caractérisé par la présence de globes cornés.

Dans les statistiques de CORTIAL, il arrive au premier rang dans une proportion de 48 %.

Viennent ensuite :

L'épithélioma haso-cellulaire	avec 25 %
L'épithélioma mixte	avec 12 %
Le sarcome	avec 16 %

De cette prédominance de la forme spino-cellulaire l'auteur tire des conclusions thérapeutiques. Il attribue à ce fait la majorité des échecs du traitement par les agents physiques, l'action des Rayons X ou du Radium étant en rapport inverse du degré de différenciation du cancer. En réalité, ces échecs s'observent aussi bien avec le cancer de type baso-cellulaire et sont plutôt dûs à des difficultés d'ordre technique.

Nous trouvons d'ailleurs, sous la signature de S. LABORDE et E. VIA, des conclusions différentes. Le type histologique du cancer n'est pas considéré par eux comme un facteur décisif, au point de vue thérapeutique, bien que la forme spino-cellulaire ait été rencontrée 34 fois sur 59 observations.

SYMPTOMATOLOGIE

CANCER DU PAVILLON.

Longtemps, la symptomatologie est résumée par les seuls signes d'examen.

C'est, au début, une petite saillie verruqueuse, une ulcération fissuraire minime, rarement une zone d'infiltration caractérisée par un petit noyau induré. Il s'agit là d'une lésion locale, très limitée, sans partici-

pation cartilagineuse, sans infection surajoutée. C'est la phase idéale du traitement qui aura toutes les chances de succès.

Malheureusement c'est aussi la phase trop longtemps médicale de l'affection, celle des pommades les plus variées, des cautérisations les plus savantes.

A une période plus avancée, le diagnostic est évident. On se trouve en présence d'une lésion typiquement cancéreuse, en règle, une ulcération anfractueuse, bourgeonnante, recouverte de sanie fétide. Ses bords sont irréguliers, épaissis, éversés, d'une induration caractéristique. La moindre pression, le contact du porte-coton la fait saigner facilement.

Elle intéresse le plus souvent le cartilage sous-jacent auquel elle est soudée en un bloc induré.

L'infection ne tarde pas à se greffer sur la lésion provoquant des dermites d'étendue variable, à streptocoques en général, et qui rendent difficile l'appréciation exacte de l'étendue de la tumeur elle-même.

Des douleurs peu intenses, au début, mais qui augmentent bientôt en durée et en intensité et qui traduisent l'envahissement du cartilage, des hémorragies minimales, mais récidivantes, apparaissent qui viennent compléter le tableau clinique.

Le pronostic, à ce stade, est déjà moins favorable. Les récidives ne sont pas rares, souvent après une longue période qui avait pu faire croire à la guérison.

Ces récidives peuvent être locales, *in situ*. Plus souvent, il s'agit de métastases ganglionnaires : cervicales et parotidiennes en particulier.

CANCER DU CONDUIT.

Le cancer siégeant sur la partie cutanée du conduit ne se distingue guère du cancer du pavillon. Il en partage le pronostic, avec les réserves que nous avons formulées plus haut, en raison de sa dissémination lymphatique spéciale.

Le cancer du conduit osseux, au contraire, s'oppose au cancer du pavillon par une symptomatologie fonctionnelle souvent plus précoce, un pronostic plus réservé.

Une lésion, en apparence minime, peut s'accompagner de douleurs plus ou moins vives, irradiant vers l'articulation temporo-maxillaire, la mastoïde, le cou, Mais ces phénomènes douloureux sont très inconstants.

L'audition est le plus souvent normale. Il faut avoir affaire à une lésion déjà importante pour observer une diminution de l'audition, toujours d'ailleurs du type transmission.

Enfin, dans certains cas, mais le fait est rare, on peut observer une paralysie faciale qui constituerait alors un excellent signe de malignité.

A l'examen otoscopique, on découvre sur l'une des parois, généralement la paroi postéro-inférieure, une tumeur d'aspect polypoïde, constituée de granulations qui saignent facilement, au moindre contact du stylet ou du porte-coton. Le conduit est parfois, par ailleurs, le siège de lésions eczémateuses.

Il n'est pas toujours possible d'apercevoir, derrière cette masse, le tympan, et l'on n'en verra bien souvent en tout cas que ce qu'en aura laissé l'otite chronique très fréquemment associée.

Il faudra savoir ne pas se laisser égarer par une possible poussée de réchauffement, ne pas croire à une fistule de GELLÉ, mais pratiquer une biopsie qui prend ici toute son importance. Elle affirmera la malignité de la lésion et permettra de lui opposer un traitement dont l'efficacité est fonction de sa précocité.

On peut encore observer la forme tumorale, sous-cutanée. Le conduit est comme atrésié, sa lumière rétrécie par une tumeur qui soulève la peau et fait corps avec elle. Le diagnostic dans ce cas, est très difficile et ne peut guère être posé qu'à l'intervention, sur les résultats biopsiques (observation n° 3).

Dans bien des cas d'ailleurs, l'épithélioma du conduit se présente sous une forme différente de celles que nous venons de décrire. Il peut, sous forme d'un gros bourgeon, obturer complètement le conduit, déborder sur la caisse du tympan. C'est alors le tableau

clinique d'un cancer de l'oreille dont il est impossible de préciser le point de départ.

Du point de vue histologique, le cancer du conduit est, en règle, un épithélioma. Le sarcome, l'adrénocarcinome sont rares. Nous devons à notre Maître BUCHET, de publier l'observation originale d'une forme très rare, celle d'un sarcome à myéloplaxes du conduit (observation n° 2).

DIAGNOSTIC

Nous ne discuterons guère le diagnostic du cancer du pavillon.

Au début, il n'a pas de caractère très précis. Il faut savoir y penser devant une lésion qui semblait banale au premier abord mais qui s'avère rebelle au traitement.

On ne portera pas à la légère le diagnostic de crevasse qui n'a guère sa raison d'être.

Enfin, on sera très circonspect devant une petite tumeur que l'on prendrait volontiers pour une simple verrue : l'enlever au bistouri électrique ne peut, en rien, nuire à l'esthétique, au contraire; l'envoyer au laboratoire peut conduire au diagnostic en montrant un début de dégénérescence.

Au lobule de l'oreille, le cancer est en général un sarcome. Il ne donne pas de ganglion et ne s'ulcère que tardivement : on ne le confondra pas avec un kyste sébacé banal ou un petit fibrome, un lipome. Son accroissement le rendra rapidement suspect.

Lorsque la lésion, après un temps souvent très long a pris les caractères que nous lui avons décrits, son aspect est vraiment caractéristique, le diagnostic s'impose. Le traitement doit être mis en œuvre immédiatement après contrôle biopsique.

Le cancer du conduit, par contre, peut prêter davantage à discussion. Non pas avec les tumeurs bénignes du conduit qui ne récidivent pas après ablation, dont la formule histologique est banale et qui seront, de ce fait, facilement écartées.

Pas davantage avec les exostoses du conduit. Ni même avec les lésions syphilitiques, ulcéreuses ou ostéïtiques, qui sont très douloureuses et s'accompagnent d'un cortège de symptômes qui les fera rapidement étiqueter.

La difficulté consiste à ne pas prendre pour un polype banal, le bourgeon néo plasique qui survient chez un malade porteur depuis des années d'une otorrhée chronique. Le fait qu'il saigne facilement au porte-coton, qu'il se reproduit rapidement après ablation, doit le rendre éminemment suspect et faire pra-

tiquer une biopsie, que l'on répétera même, si une première épreuve s'avère négative.

Il est pourtant deux diagnostics à discuter :

— *L'ostéite bénigne nécrosante du conduit*, que l'on reconnaîtra à sa latence, à sa lenteur d'évolution, à l'aspect spécial de l'os blanc et éburné.

— *L'otite externe fongueuse*, enfin, qui se voit chez le vieillard, après eczéma, furonculose et peut en imposer longtemps pour un cancer. Le diagnostic est, ici, des plus délicats et ne repose que sur la biopsie qui est toujours négative.

PRONOSTIC

Le pronostic du cancer de l'oreille externe doit être considéré dans ses deux localisations.

Au pavillon, le cancer est facilement accessible aux divers modes de traitement : chirurgie ou agents physiques. Il est d'un pronostic relativement favorable.

Pourtant, si l'on envisage le traitement par ces derniers, il n'a pas le pronostic des cancers cutanés auxquels on serait tenté de l'assimiler et avec lesquels la Radiumthérapie en particulier, donne de si beaux résultats.

Cette différence tient moins à la forme histologique du cancer, qui est spino-cellulaire dans près de la moitié des cas et donc, en principe radio-résistant, qu'à la présence du cartilage. Celui-ci supporte mal, en effet, dans certains cas, les doses nécessaires à la destruction de la tumeur et réagit parfois par une radionécrose qui va, dès lors, à l'encontre du résultat esthétique recherché.

Le siège même du cancer a aussi, nous l'avons vu, son importance au point de vue pronostic. Les cancers du tragus, du sillon rétro-auriculaire, de la conque, sont moins favorables que celui du pavillon proprement dit, de par leur extension plus rapide aux régions voisines : parotide, par dissémination lymphatique ou envahissement mastoïde, conduit.

L'intégrité ou non de l'os sous-jacent a, d'autre part, une importance pronostique de premier plan, et cette notion prend toute sa valeur dans le cancer du conduit. Lorsque l'os sous-jacent est envahi, les chances de succès sont compromises. Une exérèse même large, ne peut guère prétendre mettre à l'abri des récives. Le pronostic est réservé et c'est pour cette raison que le cancer du conduit compte un nombre d'échecs assez important.

Enfin, qu'il s'agisse de cancer du pavillon ou de cancer du conduit, l'existence ou non d'adénopathies dans les différents territoires ganglionnaires, qu'il faut

explorer complètement et systématiquement, revêt la plus haute importance. Il va sans dire que la constatation de petits ganglions, durs, mobiles, roulant sous le doigt, ou au contraire, déjà entourés de péri-adénite, difficilement isolables, de type cancéro-inflammatoire, constitue toujours une réserve pronostique des plus sérieuses, un facteur de récidives important, quel que soit le traitement. Ces adénopathies, d'ailleurs, ne sont pas toujours décelables cliniquement comme nous le verrons au traitement et leur envahissement histologique est responsable des mécomptes post-opératoires : les récidives.

C'est dire que le plus gros élément de pronostic réside dans la précocité du traitement. Le cancer du pavillon, le cancer du conduit même, malgré la plus grande gravité qu'il comporte du fait de son siège, peuvent être guéris s'ils sont traités au début. A une période plus avancée, lorsque le cancer a débordé le cadre local, les chances de succès sont très aléatoires.

Nous verrons plus en détail, à propos de l'épithélioma de l'oreille moyenne, le pronostic du cancer du conduit. Bien qu'ils appartiennent à des régions différentes de l'oreille, il est bien difficile de dissocier leur étude pronostique.

TRAITEMENT

Nous n'envisagerons pas ici divers traitements autrefois pronés, mais depuis longtemps abandonnés, tels que les agents chimiques, le galvano, le cryo-cautère.

Le traitement du cancer de l'oreille externe comprend actuellement :

Pour le pavillon :

Le traitement par les agents physiques : radiothérapie, curiethérapie ;

Le traitement chirurgical au bistouri diathermique.

Pour le conduit :

Le traitement mixte.

LA RADIOTHÉRAPIE. CURIE OU TÉLÉCURIETHÉRAPIE.

Elles ont leurs chauds partisans. Mais on leur a reproché la difficulté d'une irradiation homogène sur une surface aussi irrégulière que le pavillon de l'oreille, et la possibilité de radio-nécrose toujours à craindre. La destruction de la tumeur nécessite des doses telles qu'elles ne sont pas toujours sans dom-

mage pour le cartilage. On peut s'exposer ainsi à des accidents de chondro-nécrose qui peuvent aboutir à l'élimination du pavillon et font perdre dès lors tout le bénéfice d'un traitement qui visait en même temps qu'à la guérison du cancer, à un résultat esthétique satisfaisant.

Dans une communication à l'Association Française pour l'étude du cancer, pourtant, Simone LABORDE (1934) indique les excellents résultats qu'elle a obtenus par la curiethérapie, sans nécrose du tissu cartilagineux, même dans les cas où il était envahi par le cancer. RÉGAUD, DOMINICI, conseillent également la curiethérapie.

ROUX-BERGER (Fondation Curie) est plus éclectique et traite l'épithélioma au début indifféremment par les radiations ou la chirurgie au bistouri diathermique. Lorsque la lésion est ancienne, volumineuse, lorsque le cartilage est mis à nu ou lorsqu'il s'agit d'une récurrence d'un cancer traité antérieurement par les radiations, le risque d'une nécrose consécutive à une nouvelle application lui fait préférer la chirurgie.

Nous croyons que dans les cancers au début, la curiethérapie, au moyen d'appareils moulés, constitue l'arme de choix. Elle donne d'excellents résultats avec le minimum de déformation.

Lorsque la lésion est plus avancée ou lorsque le cancer est infecté, ce qui constitue une contre-indica-

tion aux radiations (observation n° 1), la préférence doit aller à la chirurgie diathermique.

TRAITEMENT CHIRURGICAL AU BISTOURI DIATHERMIQUE.

Il est des opérations limitées : résection partielle du pavillon au bistouri électrique. Elle va de la simple résection cunéiforme jusqu'à l'ablation d'une partie du pavillon sus ou sous-jacente au conduit suivant la localisation. D'autres fois, on est amené à l'ablation totale du pavillon. Il va sans dire que cette dernière modalité n'est valable que si le cancer n'a pas dépassé les limites d'une lésion locale, c'est-à-dire s'il n'y a pas envahissement ganglionnaire.

Or, et c'est un point sur lequel CORTIAL a attiré l'attention, une telle opération, lorsque l'étendue de la tumeur en pose l'indication, est peut-être un peu osée si elle ne s'accompagne pas d'un curage ganglionnaire.

A l'appui de cette opinion, l'auteur cite le cas de 6 opérés chez lesquels l'évidement ganglionnaire a été pratiqué malgré l'absence clinique d'adénopathie. Pour cinq d'entre eux, l'examen histologique des ganglions cliniquement non décelables, les a montrés envahis.

La reconstitution autoplastique du pavillon constitue le deuxième temps du traitement, dans ces opérations limitées. Les procédés en sont nombreux : DIEF-

FENBACH, GUERMAUFREY, NELATON, OMBRÉDANNE. Bien souvent, d'ailleurs, le résultat obtenu n'est pas supérieur à celui que donne la prothèse externe.

A l'oppose de ces opérations limitées et dès que la lésion semble en dépasser l'indication, la crainte des récidives fait pratiquer l'exérèse large.

Elle comporte, non seulement l'ablation du pavillon, mais encore et *dans le même temps* l'évidement ganglionnaire du cou. On enlèvera en bloc le sternocleido-mastoïdien, la jugulaire interne et les ganglions. On n'hésitera pas à sacrifier le ventre postérieur du digastrique, suivant la technique de ROUX-BERGER et TAILHEFER, pour atteindre la partie haute de la chaîne jugulaire si elle est suspecte.

L'incision, dite en raquette, circonscrit le pavillon pour descendre sur la face latérale du cou. On commence par le temps cervical pour terminer par l'ablation du pavillon.

FORGUE va plus loin et préconise l'ablation systématique de la parotide. Les ganglions parotidiens, superficiels ou profonds peuvent être envahis en effet, au même titre que les ganglions de la chaîne jugulaire, sans s'extérioriser cliniquement, dans les formes antérieures en particulier. La récidive est certaine si l'on n'intervient pas à leur rencontre.

Mais, si cette intervention est logique, elle est, aussi, choquante et grevée d'une lourde mortalité post-

opératoire. Elle sacrifie d'autre part le facial. Aussi ferons-nous nôtres les conclusions de ROUX-BERGER : « lorsque l'extension excessive aux régions voisines ou en profondeur ne constitue pas une contre-indication à toute thérapeutique ayant une prétention curative, nous recommandons l'exérèse chirurgicale de l'oreille, suivie d'une large irradiation ».

TRAITEMENT MIXTE.

Il n'est guère utilisé que dans le cancer du conduit qui nécessite, avant tout, une intervention sanglante.

Du point de vue thérapeutique comme du point de vue clinique ou pronostique, le cancer du conduit s'apparente beaucoup plus au cancer de l'oreille moyenne que nous allons maintenant envisager.

CHAPITRE II

CANCER DE L'OREILLE MOYENNE

On entend sous ce nom les tumeurs malignes développées tant au dépens de la mastoïde que de la caisse du tympan.

Ces deux parties du temporal sont en effet trop étroitement unies à différents points de vue, pour vouloir considérer les seuls cancers de la caisse comme des cancers de l'oreille moyenne. Elles ont la même origine embryologique. La muqueuse qui les tapisse est identique. La mastoïde n'est qu'une annexe pneumatique de la caisse avec laquelle elle communique par l'*aditus ad antrum*. Les affections de l'une retentissent presque toujours sur l'autre. D'ailleurs, le cancer, lorsqu'il est reconnu, atteint bien souvent ces deux parties essentielles de l'oreille moyenne et il est difficile de préciser où il a débuté.

Deux variétés de tumeurs malignes s'opposent dans leur localisation à l'oreille moyenne : l'épithélioma et le sarcome.

Nous étudierons tout d'abord l'épithélioma.

EPITHELIOMA DE L'OREILLE MOYENNE

ETIOLOGIE

L'épithélioma de l'oreille moyenne s'observe à une période plus précoce de la vie que le cancer du pavillon. Il frappe habituellement les sujets de 40 à 60 ans.

D'autre part, si les causes locales comme nous l'avons vu précédemment, prennent dans l'étiologie du cancer de l'oreille une large place, c'est ici au premier plan qu'elles apparaissent et c'est l'otite chronique avant tout qui est incriminée comme facteur prédisposant essentiel.

Certes, on a publié (BROUGHTON BARNES) des observations dans lesquelles on n'avait pu déceler trace de suppuration récente ou ancienne. Mais ces faits sont exceptionnels. Dans la presque totalité des cas, l'épithélioma de l'oreille moyenne vient se greffer sur une oreille atteinte antérieurement et parfois depuis fort longtemps : d'OTITE CHRONIQUE, avec son cortège habituel de suppuration abondante, fétide, impossible à tarir, de formations polypoïdes récidivantes, qu'elle soit, par ailleurs, cholestéatomateuse ou non,

Ces faits d'observation clinique ont donné lieu à des discussions pathogéniques diverses. Nous allons maintenant les passer brièvement en revue.

HISTO-PATHOGENIE

Notons tout d'abord que l'épithélioma de l'oreille moyenne, simples granulations au début, augmente rapidement de volume pour devenir une tumeur irrégulière, bourgeonnante pouvant aller jusqu'à obturer complètement le conduit.

Il a, d'autre part, une tendance extensive rapide et pousse des prolongements :

En avant : vers la carotide interne, la trompe,

En arrière : vers la mastoïde, le sinus latéral.

En dehors : vers l'articulation temporo-maxillaire, la parotide.

En haut : vers la dure-mère.

En dedans : vers la pyramide pétreuse, le labyrinthe.

En bas : vers la base du crâne.

Du point de vue histologique il est remarquable qu'il s'agisse, pratiquement dans tous les cas, d'épithélioma malpighien et le plus souvent spino-cellulaire, le type baso-cellulaire étant beaucoup plus rare.

MARX, en 1930, relève que sur 85 cas publiés à cette date, 84 sont de type malpighien, un seul de type cylindrique et encore n'était-il pas primitif mais métastatique. SEGRÉ, en 1933, signale que 2 cas d'adénocarcinome et 1 cas de carcinome alvéolaire à cellules cylindriques, sont seulement connus en dehors de cette statistique.

SCHALL, en 1935, rapporte un cas d'adénocarcinome.

Nous-même, rapportons, au cours de cette étude, l'observation d'un épithélioma cylindrique vraisemblablement secondaire d'ailleurs comme le cas de LANGE qui figure dans la statistique de MARX.

Mais, en dehors de ces quelques rares observations, les autres épithéliomas de l'oreille moyenne sont, à notre connaissance, de type malpighien.

Encore qu'il se produise dans d'autres localisations du cancer, ce fait est assez surprenant puisque la muqueuse de la caisse du tympan est constituée par un épithélioma cylindrique.

Plusieurs théories tentent de l'expliquer :

1°) Pour certains, il s'agirait d'un retour d'activité d'inclusions embryonnaires, résidus épithéliaux de l'effondrement ectodermique à hauteur de la première fente branchiale.

2°) D'autres font intervenir une métaplasie de

l'épithélium de la caisse, sous l'influence de la suppuration chronique d'oreille et l'on retrouve, ici, l'hypothèse émise à propos du cancer du sinus maxillaire qui est, lui aussi, un épithélioma malpighien, qui survient dans des conditions étiologiques analogues, après une longue phase de sinusite chronique, tandis que la muqueuse est constituée par un épithélium cylindrique cilié.

3°) Pour d'autres encore, la condition nécessaire au développement d'un tel épithélioma, serait l'envahissement préalable de la caisse par l'épithélium cutané du conduit, à la faveur d'une perforation épitympanale.

4°) C'est ce même processus qui a été invoqué dans la formation du cholestéatome et devait conduire à la recherche des rapports du cholestéatome et de l'épithélioma de l'oreille moyenne.

Récemment, CABARROUY (thèse 1938) reprend la question et conclut que le cholestéatome apparaît, dans certains cas, comme un état pré-cancéreux.

A l'appui de cette hypothèse, il cite 7 observations d'épithéliomas se manifestant, dans un délai de 2 à 6 mois, dans la cavité opératoire d'évidement pétro-mastoïdien pour otite chronique cholestéatomateuse, alors que rien à l'examen clinique ou dans les constatations opératoires, ne pouvait faire prévoir une telle évolution.

Les arguments développés sont d'ordre divers :

- a) *Etiologiques* : tous les deux apparaissent au cours des suppuration chronique d'oreille.
- b) *Histologiques* : la matrice du cholestéatome est constituée par un épithélium pavimenteux.
- c) *Evolutifs* : le cholestéatome est, de par sa nature, une tumeur bénigne, mais il est indéniable qu'il se comporte comme une tumeur maligne, augmentant de façon continue, érodant l'os et envahissant même les méninges.
- d) *Biologiques* : le cholestéatome contient des cristaux de cholestérine en assez grande abondance qui peut parfois même atteindre les taux observés dans les épithéliomas cutanés.
- e) *Expérimentaux* enfin : et l'auteur cite la curieuse expérience réalisée par BARBERICH qui a réussi, chez l'animal, à provoquer dans l'oreille moyenne, par des injections de goudron, un cholestéatome vrai dont les ressemblances histologiques avec la période de début de l'épithélioma expérimental par le goudron sont frappantes.

L'auteur cite encore une observation de SEGRÉ où nous lisons : « Nous avons pu suivre les stades de passage entre l'une et l'autre affection, le mélange intime des deux néo for-

mations, l'apparition progressive des éléments néoplasiques, l'accroissement de leur atypicité morphologique et topographique. Nous avons même pu recueillir des images bien nettes dans lesquelles on peut voir la même zone d'épithélium métaplasique donner lieu, d'une part à la formation du cholestéatome, d'autre part à la formation du cancer ».

Et plus loin encore :

« Au point de vue histologique, nous avons une pénétration si intime des deux tumeurs, de si nombreuses figures de passage, des images montrant si nettement le même épithélium constituant la matrice du cholestéatome, proliférer pour donner un épithélioma, que, de toute évidence, cette tumeur cancéreuse n'a pu que dériver de la tumeur cholestéatomateuse ».

La transformation du cholestéatome en épithélioma se produirait sous l'influence du traumatisme avant tout, qui agirait comme facteur déclenchant.

Mais étant donnée la rareté de tels faits en regard du nombre de cholestéatomes opérés sans incident, il faut faire intervenir, d'autre part, les éléments étiologiques invoqués géné-

ralement dans la génèse du cancer et qui font toujours l'objet de nombreuses discussions.

Aussi, malgré que l'hypothèse soit très séduisante, et devant l'absence d'argument décisif, beaucoup d'auteurs, comme notre Maître MOULONGUET, estiment qu'il ne s'agit dans les cas rapportés plus haut, que d'épithéliomas au début, non diagnostiqués, peut-être non décelables par nos moyens actuels d'investigation, et à l'évolution desquels le traumatisme opératoire donnerait un coup de fouet.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes qui amènent à consulter les malades porteurs d'épithélioma de l'oreille moyenne sont divers et d'importance diagnostique inégale. Ils peuvent apparaître dans un ordre quelconque, isolés ou associés. Pourtant il en est un quasi-constant : la suppuration chronique d'oreille remontant souvent à plusieurs années, traitée ou non, jusque là bien supportée et qui semble se compliquer.

Mais de tous ces symptômes, il en est un qu'il faut mettre en relief :

LA DOULEUR

Contrairement, en effet, à ce que l'on observe habituellement dans les autres localisations du cancer, les phénomènes douloureux occupent le premier plan de la symptomatologie fonctionnelle, dans le cas d'épithélioma de l'oreille moyenne. C'est parfois l'unique symptôme qui attire l'attention. Il est en général précoce et ne fait pratiquement jamais défaut à un moment quelconque de l'évolution. Ce sont des douleurs hémicrâniennes, transfixiantes, siégeant du côté correspondant à la lésion. Elles sont continues avec des exacerbations intermittentes, maxima dans la région temporo-pariétale, et dans la profondeur de la pyramide pétreuse. Toujours extrêmement vives, elles augmentent progressivement d'intensité au point de devenir intolérables et de n'être plus calmées par aucune des médications habituelles. L'apparition de telles douleurs chez un malade aux environs de la cinquantaine et atteint d'otite chronique, doit au moins éveiller l'attention et faire soupçonner le cancer. D'autant plus, par ailleurs, que la suppuration a pu devenir plus abondante, voire même sanguinolente, ce qui constitue un signe d'alarme du plus haut intérêt.

La PARALYSIE FACIALE est, elle aussi, quasi-constante. Elle est souvent précoce et alarme vite le malade. Elle est totale, périphérique, et siège du côté de l'oreille atteinte.

Enfin, on peut encore noter une accentuation mar-

quée de la surdité antérieure, des bourdonnements d'oreille qui sont de tonalité grave.

Mais ce sont là, symptômes évolutifs assez banaux d'otite chronique, et, hormis l'intensité si spéciale des phénomènes douloureux, rien, dans la symptomatologie fonctionnelle, ne saurait faire penser à l'épithélioma.

C'est l'examen physique qui constitue la pierre de touche du diagnostic.

Dans certains cas, il est évident au premier examen, lorsqu'en soulevant le pavillon en haut et en arrière, apparaît dans le conduit une grosse masse irrégulière, bourgeonnante, rouge violacée, qui l'obture presque complètement et baigne dans un pus abondant, fétide, souvent teinté de sang.

Mais le plus souvent un examen otoscopique est nécessaire et c'est après avoir nettoyé soigneusement le conduit que l'on apercevra, dans la caisse, une masse de granulations rouges, irrégulières, friables et, caractère fondamental de tout cancer, saignant au moindre contact du stylet ou du porte-coton.

Ces granulations sont bien différentes de l'aspect habituel des polypes d'oreille, dont la surface est lisse, régulière. Mais si l'erreur est encore permise, elle ne sera pas de longue durée. Les bourgeons enlevés, se reproduisent, les jours suivants, avec une extraordi-

naire rapidité et ce seul fait, de la plus haute signification diagnostique, doit suffire à faire pratiquer une biopsie que l'on répétera, au besoin, si le résultat est négatif ou ne cadre pas avec les données cliniques.

L'examen, par ailleurs, ne montre, ne général, pas d'adénopathie. Au point de vue acoumétrique, on constate une surdité de type oreille moyenne. L'oreille interne est le plus souvent intacte. Les vertiges, l'atteinte cochléo-vestibulaire, n'apparaissent qu'à une phase avancée de l'évolution, encore que l'oreille interne ait pu être touchée antérieurement par l'otite chronique.

La Radiographie peut donner d'utiles renseignements sur l'extension des lésions, montrer l'intégrité ou l'envahissement de la mastoïde, par comparaison avec le côté sain. Mais, elle n'a pas, là, l'importance que nous lui verrons prendre à propos du sarcome, dont elle est un des meilleurs éléments de diagnostic au début.

EVOLUTION

Le diagnostic posé, le cancer sera opéré sans tarder.

Nous verrons longuement, plus loin, le pronostic

des épithéliomas de l'oreille moyenne opérés, et nous n'envisagerons ici que l'évolution du cancer laissé à lui-même.

Elle est dominée par l'envahissement rapide des régions voisines par la tumeur, l'extension du processus néoplasique.

- a) *En avant* : vers la carotide interne dont l'atteinte se traduit par de petites hémorragies, exceptionnellement par une hémorragie foudroyante. Vers la trompe d'Eustache, la tumeur pouvant apparaître dans le cavum, mais c'est là, en réalité, une éventualité rare.
- b) *En arrière* : vers la mastoïde, très souvent envahie précocement, vers le sinus latéral. On a pu le voir donner une ulcération cutanée typiquement cancéreuse, dans la région rétro-auriculaire, mais la rapidité d'évolution, à vrai dire, ne lui laisse guère en général, le temps de se constituer.
- c) *En dehors* : à l'articulation temporo-maxillaire à la parotide, engendrant des troubles de la mastication, du trismus.
- d) *En haut* : vers les méninges, à travers la mince lamelle osseuse qui sépare la caisse du tympan de la cavité crânienne, le néoplasme pouvant donner là des signes de compression cérébrale:

- e) *En bas* : vers la base du crâne, et l'on a pu observer, comme dans le cas de BRÉMONT et BURKARDT, un syndrome du trou déchiré postérieur.
- f) *En dedans* : vers l'oreille interne et l'on observe alors une surdité totale, des vertiges, une atteinte vestibulaire.

A ce stade, il n'est pas rare de trouver à l'examen des ganglions à la partie haute de la chaîne jugulaire. Les métastases sont exceptionnelles. L'état général s'altère vite et si l'évolution n'est pas hâtée par une complication telle qu'une hémorragie mortelle, une méningite, la mort surviendra, en 6 mois — 1 an, au milieu d'atroces souffrances.

FORMES CLINIQUES

Tel est le tableau le plus habituel de l'épithélioma de l'oreille moyenne.

Nous ne reviendrons pas sur les formes apparaissant dans une cavité d'évidement pétro-mastoïdien pour otite chronique cholestéatomateuse.

Le cancer peut encore, exceptionnellement, nous l'avons vu, se développer au niveau d'une oreille saine.

Il peut survenir au cours d'un épisode auriculaire

aigu ou subaigu. SCHÉRIDJIAN et SCILOUNOFF ont publié une observation d'épithélioma ayant simulé une mastoïdite subaiguë.

Enfin, signalons, que les épithéliomas secondaires, métastatiques, sont rares, 7 à 8 observations sont seulement connues.

C'est vraisemblablement dans cette dernière catégorie que doit entrer l'observation de notre malade, que nous allons discuter maintenant.

O B S E R V A T I O N

M... Solange, 61 ans.

(Cette malade nous a été adressée par notre collègue du Service O. R. L. de notre Maître HAUTANT.)

Dans les antécédents, on note :

— en 1931, une hystérectomie totale pour métrorragies;

— en 1935, une opération, par voie paralatéro-nasale, pour un cancer de l'ethmoïde droit. Cette opération a été suivie de mise en place de tubes de radium.

Venue consulter pour un écoulement sanglant de l'oreille droite en février 1939.

Par l'interrogatoire, on apprend que l'oreille malade est devenue sourde rapidement 2 ans auparavant, début 1938, sans épisode douloureux, sans température, sans écoulement.

L'écoulement hémorragique n'est apparu qu'en mars

1938, il y a un peu plus d'un an. Il persiste, depuis cette date, d'une façon à peu près constante.

Surdité et écoulement hémorragique sont les deux seuls symptômes accusés spontanément par la malade qui ne se plaint ni de douleur auriculaire, ni de céphalée, ni de bourdonnement, ni de vertige.

Dès la première inspection, on note que la conque est remplie d'un liquide hémorragique, séro-muqueux, un peu filant, à peine fétide.

Le conduit, détergé, apparaît rempli dans sa presque totalité par une masse polypoïde volumineuse, irrégulière, blanc-grisâtre, partiellement mobile au stylet comme si elle était maintenue par un pédicule plus étroit.

En la soulevant, on aperçoit en-dessous, de petits bourgeons rouges friables que le contact du porte-coton fait saigner.

L'exploration de la région mastoïdienne ne révèle ni modification de l'apophyse mastoïdienne, ni douleur provoquée.

La rhinoscopie montre, à droite, une cavité endonasale très vaste. L'ethmoïde a été complètement enlevé. La cavité nasale se continue directement avec le sinus maxillaire. La muqueuse est lisse, propre, de coloration normale sans le moindre bourgeon suspect. Localement, on a l'impression d'un cancer de l'ethmoïde guéri.

La vue sur le cavum est très large, de ce côté, et permet d'apercevoir au niveau du pavillon tubaire droit une petite masse irrégulière, muriforme, qui masque l'orifice tubaire.

La rhinoscopie postérieure donne les mêmes renseignements cliniques.

L'audition, normale à gauche, est franchement mauvaise à droite. La voix haute n'est perçue qu'à 10 cm.

de la conque. Mais il ne s'agit que d'une surdité de transmission. L'épreuve de WEBER est latéralisée à droite, du côté malade. Le Rinne est franchement négatif. Il n'y a aucun signe vestibulaire spontané. L'épreuve calorifique ne donne rien, ce qui ne saurait surprendre étant donnée la masse qui obture presque complètement le conduit.

On note enfin un signe négatif important : l'absence de paralysie faciale.

La biopsie aux deux pôles de la tumeur, oreille moyenne et pavillon tubaire, donne des résultats identiques; IL S'AGIT D'UN EPITHÉLIOMA CYLINDRIQUE.

On se trouve donc en présence d'un cancer de l'oreille moyenne bien différent, cliniquement et histologiquement, de celui que nous avons décrit et qui pose deux problèmes :

Un problème de classification du cancer constaté;

Un problème thérapeutique des plus délicats.

Contrairement à ce que l'on observe dans la majorité des cas, en effet, il n'y a pas, ici, de passé auriculaire. Les phénomènes douloureux si spéciaux au cancer de l'oreille moyenne font totalement défaut. Enfin, il n'y a pas de paralysie faciale, fait très surprenant, avec des lésions qui paraissent si importantes.

Pour toutes ces raisons, nous en avons fait un cancer tubo-tympanique à point de départ tubaire et à

propagation secondaire vers l'oreille moyenne, ce que semble confirmer le début par une surdité unilatérale, vraisemblablement tubaire, un an avant l'écoulement hémorragique de l'oreille.

Nous pensons qu'il s'agit là d'un cancer secondaire. Il serait curieux en effet qu'un cancer primitif de l'oreille se soit manifesté, 4 ans après un cancer de l'ethmoïde du même côté et cliniquement guéri, sous le type le plus rare, l'épithélioma cylindrique dont nous avons vu qu'il n'était représenté, dans la statistique de MARX, que par 1 cas sur 85 (cas de LANGE d'un épithélioma cylindrique, d'ailleurs secondaire lui-même).

Il nous a été impossible d'avoir des renseignements sur l'affection qui avait fait pratiquer en 1931, chez notre malade, une hystérectomie totale pour métrorragies. Mais étant donnés l'âge de la malade (alors de 52 ans) et la succession des accidents, il est permis de se demander si le cancer de l'oreille comme le cancer de l'ethmoïde ne sont pas des métastases d'un cancer primitif de col utérin, encore que le type cylindrique soit rarement observé au niveau du col et qu'il soit réputé comme non métastatique.

Faut-il admettre encore qu'il existe un terrain spécial sur lequel divers cancers à localisation variable peuvent se manifester ? L'état actuel de la question ne nous permet pas de porter là-dessus un jugement.

En tous cas, il ne semble pas téméraire de penser que le cancer de l'ethmoïde, vérifié histologiquement soit à l'origine du cancer de l'oreille qui nous occupe et qu'après 2 ans de parfaite santé, le processus néoplasique ait repris pour s'étendre du carrefour ethmoïdo-sphénoïdal à la trompe puis à l'oreille moyenne.

Quant au mécanisme de l'envahissement nous pensons qu'il s'agit d'une propagation par voie lymphatique plutôt que par contiguïté. Les lymphatiques de l'ethmoïde vont, en effet, au plexus péritubaire et de là au ganglion sous-digastrique et au ganglion rétro-pharyngien latéral. Ceux de la trompe, qui s'anastomosent en dedans avec les lymphatiques du pharynx et en dehors avec ceux de la caisse du tympan, vont également au ganglion rétro-pharyngien latéral. On peut fort bien admettre, dans ces conditions, que la propagation s'est faite par voie rétrograde comme il l'a été déjà constaté, dans les cancers digestifs en particulier.

Le problème thérapeutique n'était pas moins ardu.

Devant l'étendue des lésions, l'abstention opératoire semblait pertinente. De même, étant donné le type cylindrique et donc radiorésistant du cancer, le traitement par la radiothérapie semblait devoir être rejeté.

Notre Maître MOULONGUET fut pourtant d'avis « de

tenter quelque chose » et nous fîmes subir à la malade un traitement en 4 temps :

1°. — Evidement pétro-mastoïdien élargi après ablation, au bistouri électrique, du conduit et de la partie sous-jacente du pavillon. La trompe d'Eustache, dnot les parois nous ont paru envabies, fut curetée et agrandie pouvant largement admettre une plume d'oie.

2°. — 5 jours après, mise en place, dans la trompe, d'un tube de Radium qu'on laissa en place jusqu'à obtenir 8 millicuries détruits.

3°. — 3 semaines après la première intervention, destruction à la diathermo-coagulation de la partie pharyngée, tubaire du cancer, opération facilement réalisable chez notre malade, du fait de la vue très large, sur le cavum que l'on avait à travers un banal spéculum nasi.

4°. — Enfin, un mois environ après le début du traitement, des séances de Radiothérapie pénétrante sur la cavité d'évidement ont été entreprises.

Les suites opératoires furent simples mais très longues.

La cavité d'évidement combla en partie et mit des mois à épidermiser. Plus de quatre mois après la fin du traitement l'épidermisation n'était pas terminée. Il fallut, d'autre part, des mois à l'escharre tubaire pour s'éliminer et cicatriser.

Nous avons perdu de vue la malade pendant un an. Récemment nous l'avons retrouvée, en parfaite santé, 20 mois après l'opération. Notre malade ne ressent aucun trouble. La cavité d'évidement, partiellement comblée, est tapissée d'un épiderme souple et de bon aloi.

Du point de vue esthétique, le résultat est satisfaisant et la partie supérieure du pavillon qui a été respectée est moins choquante qu'une ablation totale.

A la rhinoscopie antérieure, l'état endo-nasal n'a pas varié depuis l'exérèse du cancer de l'ethmoïde. Le cavum est net. Le pavillon tubaire a complètement disparu et un tissu cicatriciel souple, mobile dans la phonation, l'a remplacé, se continuant de part et d'autre avec la muqueuse pharyngée et la muqueuse nasale. Il n'existe, actuellement, aucun signe visible de récurrence locale.

La rhinoscopie postérieure confirme tous ces faits.

Sans doute n'avons-nous pas la prétention d'avoir guéri définitivement cette malade. Il serait téméraire de juger un résultat 20 mois après l'opération quand on sait qu'une récurrence peut s'installer des années après (10 ans et demi dans le cas observé par notre Maître MOULONGUET) et si l'on se rappelle l'évolution lente de certains cancers cylindriques. Mais il n'en reste pas moins, qu'actuellement, il n'y a pas trace constatable d'un processus néoplasique en évolution.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic, nous y avons insisté, est celui d'une otite chronique en voie de complication. Il faut savoir attacher tout leur prix aux phénomènes douloureux dont l'acuité est si spéciale, puisqu'aussi bien les autres symptômes, y compris la paralysie faciale, peuvent s'observer au cours de l'évolution des otites chroniques.

Nous ne reviendrons pas sur l'otite polypeuse que nous avons discutée précédemment à propos du cancer du conduit.

L'erreur de croire à une banale poussée de réchauffement, à une otite cholestéatomateuse qui s'accompagne d'hémicranie, d'atteinte vestibulaire, voire même de paralysie faciale, ne serait que relative. Elle conduirait à l'intervention qui redresserait le diagnostic.

La tuberculose primitive de l'oreille sera discutée en raison de la fréquence de la paralysie faciale, mais l'absence de douleur, d'hémorragie, la constatation de fongosités pâles, bien différentes des bourgeons néoplasiques, leur examen biopsique, la feront facilement étiqueter.

La syphilis secondotertiaire peut donner un tableau clinique voisin, mais ici encore les antécédents,

les signes concomittants, l'examen sérologique permettront de la reconnaître.

En cas de doute et en dernier ressort lorsque l'attention aura été éveillée par l'existence de bourgeons suspects, greffés sur une otite chronique, la biopsie tranchera le diagnostic en affirmant le cancer et précisant sa variété, épithélioma spino-cellulaire le plus souvent. La moindre suspicion d'épithélioma doit la faire mettre en œuvre immédiatement. C'est la condition essentielle d'un diagnostic précoce dont dépendent les résultats thérapeutiques.

TRAITEMENT

Le traitement de l'épithélioma de l'oreille moyenne est avant tout chirurgical.

On ne saurait considérer comme tel et le conseiller, un traitement qui consiste à extirper au serre-nœud la masse bourgeonnante de la caisse, comme RENDU rapporte l'avoir fait involontairement une fois sur un épithélioma, histologiquement vérifié après ablation. Une telle méthode ne vaudrait que des mécomptes malgré la guérison locale qui fut constatée 13 mois après dans le cas précité.

On n'accordera encore, à l'heure actuelle tout au

moins, qu'un crédit limité au traitement préconisé par CITELLI, l'onco-vaccino-thérapie qui consiste à injecter, par voie intra-veineuse, des extraits de tumeurs malignes fraîches.

Tous les auteurs s'accordent à préconiser le traitement chirurgical. On pratiquera un évidement pétromastoïdien élargi, suivant la technique de RAMADIER, qui permettra, dans les formes opérables, d'atteindre les limites du cancer.

Il est bien évident qu'au cours d'un tel délabrement de l'oreille et en raison du facteur étiologique qui l'impose le pavillon n'a guère sa raison de subsister et sera enlevé, au bistouri électrique, en début d'intervention. Toutefois, un souci d'esthétique relatif peut amener à conserver la partie supérieure .

On complète généralement le traitement par des radiations : Radiothérapie profonde ou Radiumthérapie.

Quant à l'opération « en sandwich », entre deux séries de radiations, intervention logique puisqu'elle enlève un cancer que les rayons auront mis « en sommeil », il est prématuré de porter actuellement sur elle un jugement.

Dans les cas de cancers inopérables les radiations peuvent être employées comme sédatif des douleurs. Notons toutefois que dans un cas de notre Maître Mou-

LONGUET que nous rapportons plus loin, la radiothérapie, à l'encontre du but recherché, ne fit qu'exacerber les douleurs jusqu'à l'issue fatale. On ne maniera donc cette arme qu'avec prudence.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'épithélioma de l'oreille moyenne a toujours été considéré, à bon droit, comme redoutable.

Sans vouloir sous-estimer la gravité de l'affection, ni méconnaître les échecs du traitement, nous voulons pourtant attirer l'attention sur des résultats fort intéressants obtenus ces dernières années.

En 1936, SCHALL rapporte 4 cas de guérison de 2 à 4 ans sur 6 cas observés.

CHÉRIDJIAN et SCICLOUNOFF font état d'une guérison de 55 mois, sans récurrence.

Notre Maître HAUTANT (observation n° 7) a publié, avec LACASSAGNE, l'observation d'un cancer de l'oreille moyenne guéri depuis 8 ans. La malade vit encore actuellement. Il n'y a pas eu de récurrence.

Enfin, notre Maître MOULONGUET, a obtenu 2 succès intéressants :

— Une survie de 2 ans (observation n° 4) sans récurrence. Malade très bien portant actuellement.

— Une survie de près de 11 ans, la plus longue que nous connaissions (Observation n° 3). La récurrence se produisit au bout de 10 ans 1/2 d'une parfaite santé et se termina rapidement par la mort.

Il semble bien d'ailleurs que le siège initial du cancer ait une importance pronostique certaine et que les cancers vrais de l'oreille moyenne soit plus redoutables que les cancers propagés et qui ont pris naissance au niveau du conduit. Les deux succès enregistrés par notre Maître MOULONGUET appartiennent à la deuxième catégorie, tandis que l'échec (observation n° 5) concernait semble-t-il, un épithélioma de l'oreille moyenne à point de départ de la caisse.

De même, l'observation de notre Maître HAUTANT concernait un cancer du conduit propagé à l'oreille moyenne (observation n° 7).

En dernière analyse, le meilleur élément de pronostic est encore la précocité du diagnostic et, partant, du traitement. C'est une loi fondamentale de la chirurgie du cancer. L'épithélioma de l'oreille moyenne dépisté et traité précocement peut donner des survies très appréciables. Les résultats que nous avons mentionnés en font foi et permettent d'espérer

voir entrer l'épithélioma de l'oreille moyenne dans le cadre général de gravité du cancer puisqu'il est, en cette matière, bien téméraire de parler de guérison.

SARCOMES DE L'OREILLE MOYENNE

Le sarcome de l'oreille moyenne s'oppose à l'épithélioma tant par ses conditions d'apparition que par ses caractères cliniques, évolutifs et pronostiques.

ETIOLOGIE

Il serait beaucoup moins fréquent que l'épithélioma, d'après BAROLA. Mais, si cela reste vrai chez l'adulte et le vieillard, le sarcome est pratiquement la seule forme de cancer chez l'enfant, au niveau de l'oreille moyenne et ceci explique peut-être la divergence des statistiques concernant sa fréquence relative par rapport à l'épithélioma.

Quoiqu'il en soit, il s'observe avant tout chez les sujets jeunes, enfants et adolescents et le maximum de fréquence s'observe entre 2 à 12 ans. S'il peut, chez l'adulte, venir se greffer sur une oreille atteinte antérieurement d'otite chronique, ce fait est loin pourtant

d'avoir la fréquence avec laquelle on l'observe dans l'épithélioma où il est pratiquement la règle.

Chez l'enfant, par contre, le sarcome apparaît, en général, sur une oreille indemne de toute atteinte antérieure.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Anatomiquement, le sarcome est bien défini par son aspect macroscopique mais il n'en est pas toujours de même de sa nature histologique, souvent difficile à mettre en évidence.

Ceci tient peut-être au fait que la biopsie intervient souvent à un stade déjà avancé de l'affection, à un moment où le sarcome a pris un certain développement. La biopsie, prélevant à la périphérie de la tumeur, peut rester incertaine dans ses conclusions si les formations cancéreuses pures sont masquées par les éléments inflammatoires concomittants ou encore si des éléments atypiques entremêlés dans la même tumeur viennent en rendre la classification malaisée.

ANATOMIE MACROSCOPIQUE.

La tumeur est en elle-même très caractéristique : elle apparaît par le conduit et dans la région mastoi-

dienne où elle est maxima. Elle peut faire, là, une saillie considérable qui refoule en avant le pavillon et peut masquer la tumeur du conduit. Elle ne tarde pas à s'ulcérer en haut et en arrière du pavillon. Son volume est toujours considérable, parfois monstrueux, comme une tête de fœtus.

Chez le jeune enfant, on observe le plus souvent le sarcome mou, encéphaloïde. Dans la moitié des cas, la tumeur est plurilobée et de consistance dure.

A la coupe, elle est blanc jaunâtre avec des foyers de nécrose, des cavités purulentes.

Elle a, enfin, et c'est un de ses caractères décisifs, un pouvoir d'extension très marqué donnant lieu à une symptomatologie des plus disparates.

Par contre, les ganglions tributaires restent indemnes, tant qu'il n'y a pas d'infection secondaire du néoplasme extériorisé.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

L'anatomie microscopique est parfois, au contraire, difficile à préciser, certaines tumeurs étant trop atypiques pour être différenciées avec certitude, et de ce fait, classées dans les différents groupes de sarcomes reconnus.

Quelques types, cependant, sont bien définis, tels :

a) *Les sarcomes fuso-cellulaires*, caractérisés par

des cellules allongées, à protoplasma effilé, à noyau fusiforme, qui se groupent par faisceau autour d'un vaisseau central.

b) *Les lymphocytomes à cellules rondes*, à gros noyaux, remarquables par leur abondance, entre les mailles d'un réticulum plus ou moins altéré.

Ces deux formes, les plus fréquentes, sont issues du tissu conjonctif commun représenté dans l'oreille moyenne, par le chorion nourricier qui soutient la muqueuse de la caisse, de l'antre et des cellules mastoïdiennes. Quelques-unes, pourtant, comme dans les cas observés par CHRISTINNEC et FAGGIOLI, seraient issues du périoste de la mastoïde ou même de la dure-mère sous-jacente.

c) *Les ostéosarcomes*, sont plus rares. Ils sont caractérisés par des myéloplastcs, cellules géantes, à noyaux multiples et prenant naissance dans les parois de la caisse de la mastoïde ou des parois cellulaires.

d) *Les angiosarcomes*, dus à une prolifération désordonnée des vaisseaux de toute nature, sont assez particuliers à l'adulte, ils dérivent probablement d'angiomes primitifs de la caisse ou du tympan.

e) *Les myxo-sarcomes*, tumeurs molles, gélatineuses, caractérisées par des cellules fusiformes au milieu d'une substance interstitielle lâche. Ils s'observeraient

surtout dans les premières années de la vie et seraient d'origine embryonnaire.

f) D'autres formes plus rares qui ne se rencontrent que chez l'adulte :

Les sarcomes myélogènes et les sarcomes mélaniques qui tirent probablement leur origine d'un *nœvus pigmentaire* du tympan ou de la caisse.

g) Enfin, une forme spéciale dont un seul cas a été publié à notre connaissance, celui d'un *sarcome musculaire* de l'oreille moyenne (ACHARD, thèse 1929), développé aux dépens des muscles du marteau et de l'étrier. Il est caractérisé par des fuseaux protoplasmiques, allongés et minces, à plusieurs noyaux successifs dans le sens de la longueur et renfermant une double striation, longitudinale et surtout transversale, qui l'ont fait admettre par la Société du Cancer, comme une rhabdo-myosarcome.

SYMPTOMATOLOGIE

Les aspects cliniques du sarcome, peuvent être nombreux.

Nous le décrirons, tout d'abord, chez l'enfant sans passé auriculaire, comme c'est le cas le plus fréquent.

Il est, au début, extrêmement insidieux et évolue

sans fracas. Les premiers signes qui attirent l'attention sont des signes d'emprunt : diminution de l'acuité auditive, otalgie unilatérale parfois.

L'audition baisse, d'un côté, progressivement et inexorablement malgré tous les traitements dirigés dans ce sens. Ce signe ne manque pas d'alarmer rapidement les parents, surtout qu'il s'y associe fréquemment une otalgie du même côté.

Cette otalgie est lacinante, irradiant parfois vers la mastoïde, parfois, au contraire, en avant vers l'articulation temporo-maxillaire. Elle est généralement exarcebée par la pression de la mastoïde, ou la traction du pavillon. Mais, elle n'est pas constante, contrairement à ce que l'on observe dans l'épithélioma ou, au contraire, nous l'avons vu, elle occupe le premier plan du tableau clinique.

Ces faits, de peu d'intérêt en eux-mêmes puisqu'aussi bien ils peuvent faire penser à une otite banale, prennent, par contre, toute leur valeur lorsqu'il s'y associe un symptôme de la plus haute importance diagnostique :

LA PARALYSIE FACIALE.

Elle peut constituer le premier signe du sarcome de l'oreille moyenne. Parfois, elle est d'apparition tardive. Elle ne manque jamais, au cours de l'évolution. Elle est périphérique, totale, et ne regresse jamais.

Elle précède en règle, l'extériorisation de la tumeur et peut s'annoncer par des manifestations d'hyperexcitabilité du nerf : tics des lèvres, des paupières, voire même crise de rire spasmodique comme ce fut le cas d'un malade de BERTOIN.

L'examen montre en général peu de chose à cette période.

A l'otoscopie, parfois un tympan d'aspect anormal, dû à la tumeur qui le refoule en dehors, en estompe les points de repère et lui donne une teinte plus foncée, parfois même bleuâtre, comme l'ont noté HALPHON, CAUSSÉ.

L'examen de l'audition révèle, du côté malade, une surdité de transmission avec intégrité labyrinthique, mais l'appréciation tant qualitative que quantitative de cette surdité est souvent très délicate du fait du jeune âge de l'enfant qui se prête mal à tous ces examens ou donne des réponses contradictoires.

Par ailleurs, on peut déjà noter une voussure mastoïdienne qui va s'accroître rapidement.

La radiographie comparative des deux mastoïdes peut rendre, ici, les plus grands services. Elle montre un flou du côté malade, contrastant avec la netteté des travées cellulaires normales du côté sain, et vient ainsi compléter le faisceau de présomptions en faveur du sarcome.

Il est cependant impossible d'affirmer avec certitude le diagnostic, à ce stade. La tumeur n'est pas encore extériorisée, la biopsie est impossible si ce n'est à l'intervention qu'un tel groupement de symptômes suffit d'ailleurs à justifier.

Mais la symptomatologie, telle que nous venons de la décrire, est rarement au complet et ceci explique que que nombre de sarcomes soient observés et opérés plus tardivement, à une période où ils se sont extériorisés vers le conduit en détruisant le tympan, vers la mastoïde qui se tuméfie, poussant même en différentes directions, en particulier en dedans, des prolongements qui rendent illusoire toute thérapeutique.

Le tableau clinique est alors bien différent. C'est un diagnostic clinique que l'on est amené à poser. La biopsie n'a ici d'intérêt que pour le contrôler.

La symptomatologie fonctionnelle, en plus de l'otalgie que nous avons signalée et de l'accentuation de la surdité, comporte quelques signes nouveaux, d'importance variable:

- a) des otorragies spontanées qui peuvent être abondantes et récidivantes;
- b) un écoulement purulent et rapidement fétide, qui s'installe en permanence dès que le tympan est effondré par la tumeur, ouvrant ainsi la voie à l'infection secondaire;

- c) une paralysie faciale, si elle ne s'était déjà manifestée;
- d) enfin, l'envahissement progressif des régions péri-auriculaires peut entraîner un torticolis, du trismus, de la gêne à la mastication par atteinte de l'articulation temporo-maxillaire.

Localement, la région mastoïdienne apparaît comme souflée par la tumeur qui décolle le pavillon, le déjette en avant, soulève la peau qui, d'abord mobile sur elle, s'ulcère rapidement pour laisser apparaître la tumeur.

L'extériorisation gagne la région parotidienne, le cou, les fosses zygomatique et temporale. La tumeur s'accroît d'une façon très rapide, atteignant en quelques mois un volume considérable.

Elle s'extériorise aussi par le conduit qui est obturé par une masse bourgeonnante qui saigne au moindre contact.

Le tableau, à ce stade, est bien caractéristique. Toute la région est déformée. Le pavillon apparaît soulevé en arrière par la tumeur mastoïdienne ulcérée, masqué en avant par la tumeur du conduit. Le diagnostic n'est pas douteux. La biopsie ne fera que le confirmer, sous les réserves que nous avons formulées plus haut.

Parallèlement à l'extériorisation, la tumeur enva-

hit en dedans les régions voisines et l'on peut observer des syndromes variés :

- une surdité totale, labyrinthique, des vertiges, des troubles de l'équilibre, du nystagmus dirigé du côté sain, et attestant l'atteinte de l'oreille interne.
- des névralgies du trijumeau, avec anesthésie des territoires de l'ophtalmique et du maxillaire supérieur;
des troubles visuels : diplopie, hémianopsie, baisse progressive de l'acuité visuelle voire même exophtalmie, paralysie des nerfs moteurs de l'œil, traduisant l'envahissement de la cavité orbitaire par la fente sphénoïdale;
- un syndrome du trou déchiré postérieur rarement au complet;
- des phénomènes de compression cérébrale dont les plus constants sont la céphalée violente, la somnolence entrecoupée d'accès de délire.

A cette période, l'état général s'altère de façon rapide. La fièvre apparaît, due à l'infection secondaire. La cachexie s'installe peu à peu et la mort survient dans le coma. Elle est parfois hâtée par une complication :

- hémorragie foudroyante due à l'ulcération de la carotide interne, du sinus latéral, de la jugu-

laire interne;

— méningite aiguë;

— affection intercurrente dont la plus fréquente est la broncho-pneumonie.

L'évolution n'excède pas 4 à 6 mois après l'apparition de la paralysie faciale.

FORMES CLINIQUES

Telle est la forme la plus communément observée chez l'enfant.

Nous mentionnerons encore :

1) le sarcome greffé sur une otite chronique, éventualité plus fréquente chez l'adulte. L'écoulement devient de plus en plus fétide, abondant, nécessitant des soins constants. Une otorragie spontanée sera souvent le signe d'alarme qui fera pratiquer une biopsie,

2) le sarcome se manifestant, au début :

— par une paralysie faciale qui peut être le pre-signé en date;

— par un syndrome aigu d'otite, de mastoïde : la tumeur n'est qu'une découverte opératoire;

— par une tumeur rétro-auriculaire;

3) Quant à distinguer les tumeurs suivant leur ori-

gine : mastoïde ou caisse du tympan, il n'est guère que le mode de début pour nous renseigner à cet égard et encore convient-il de faire toutes réserves ;

- 4) Enfin, s'il apparaîtrait que la rapidité d'évolution du sarcome soit la règle, nous citerons la curieuse observation d'HALPHEN d'un sarcome survenu chez un enfant de 11 ans, opéré 5 ans après le début de la surdité et guéri. Nous y reviendrons en traitant du pronostic de l'affection.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du sarcome, au début, est des plus difficile. Si l'on envisage une telle hypothèse, il n'est guère que deux examens pour l'étayer :

LA RADIOGRAPHIE

LA BIOPSIE SI ELLE EST POSSIBLE.

Il est des erreurs profitables au malade : celle qui consiste notamment à croire à une mastoïdite, en raison de l'otalgie, de la surdité, de la douleur objective à la pression de la mastoïde, de la disparition unilatérale des travées cellulaires à la radio. Mais cette éventualité reste exceptionnelle si l'on se souvient qu'il

n'est pratiquement pas de mastoïdite sans épisode otitique.

Lorsque le sarcome revêt le type que nous avons décrit, le diagnostic est trop longtemps méconnu, jusqu'à ce qu'une paralysie faciale vienne faire reconsidérer le problème d'une surdité progressive et suspecter le cancer.

Dans certains cas, peut se poser le problème du tympan bleu dû à une saillie anormale du golfe de la jugulaire. La ponction négative, les détails d'architecture normale qui s'estompent de ce côté à la radio comparative des mastoïdes, peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Il est bien évident que dans ces cas l'intervention exploratrice est légitime et qu'il ne faudra pas hésiter à y recourir.

Mais, dans la majorité des cas, ce n'est que lorsque le sarcome a dépassé la barrière tympanique qu'il sera reconnu.

Lorsque le sarcome, au contraire, se greffe sur une otite chronique, les difficultés sont du même ordre qu'en ce qui concerne l'épithélioma, encore que l'examen histologique ne soit pas toujours aussi affirmatif.

A la période d'extériorisation, par contre, le diagnostic ne se discute guère qu'avec les sarcomes des régions voisines : parotide, maxillaire supérieur, qui

ont envahi l'oreille. Le chlorome, cancer de nature conjonctive, à développement rapide, siégeant au niveau de la pyramide pétreuse et pouvant se propager secondairement à l'oreille, sera reconnu à ce qu'il est bilatéral et s'accompagne d'un syndrome leucémique aigu.

Le diagnostic, d'ailleurs, à cette période est d'un intérêt assez médiocre, aucun traitement n'étant plus en mesure d'atténuer l'évolution accélérée du cancer.

TRAITEMENT — PRONOSTIC

Le traitement comporte deux méthodes :

- L'exérèse chirurgicale par évidement pétromastoïdien élargi;
- Les agents physiques : Radiothérapie et Curie-thérapie.

Ces deux méthodes sont pratiquement toujours associées et il serait sans doute plus exact de dire que ce sont là les deux termes complémentaires du traitement du sarcome de l'oreille moyenne, les radiations suivant l'acte opératoire. Les radiations ne sont plus utilisées isolément, bien qu'il existe au niveau de l'oreille des sarcomes globo et fuso-cellulaires, peu différenciés et donc radio sensibles.

Le traitement ne peut d'ailleurs avoir quelque action que s'il est mis en œuvre avant l'apparition des signes d'envahissement, avant l'apparition de la paralysie faciale, c'est-à-dire à une période où le diagnostic du sarcome n'est généralement pas fait.

Là se trouve sans doute l'explication de la rareté des succès thérapeutiques. Il n'en existe à notre connaissance que 3 cas chez l'adulte et ils sont dûs au traitement chirurgical. Ce sont ceux de BOTELLO, RAMIREZ SANTOLO, FRIEDWALD et KEMLER. Les deux premiers étaient des angio-sarcomes dont le pronostic serait moins sombre que dans les autres variétés. Mais il faut noter aussi qu'ils furent dépistés au début en raison des otorragies abondantes par lesquelles ils se sont manifestés. Aucun de ces malades, de plus, ne présentait de paralysie faciale.

Chez l'enfant le pronostic est décevant. Nous n'avons relevé dans la littérature, qu'un cas de guérison, celui rapporté par HALPHEN (observation n° 9). Il s'agissait d'un sarcome à petites cellules rondes, chez un enfant de 11 ans. L'affection a débuté en 1921 par une surdité progressive. Or, ce n'est que 5 ans plus tard, en 1926, que le diagnostic fut porté et l'enfant opéré. Récemment encore, il y a 6 mois, il était en parfaite santé.

Sans vouloir diminuer en rien la valeur de cette

observation, il est permis, devant ce cas unique de guérison, de se demander si l'on a eu affaire à une évolution exceptionnellement peu maligne du cancer ou encore s'il n'y a pas eu erreur d'interprétation histologique, les petites cellules rondes pouvant n'être que le témoin d'une inflammation chronique. Il est en effet surprenant qu'un sarcome de l'oreille moyenne ait pu être guéri par intervention 5 ans après ce qui peut en être considéré comme le début, alors que de nombreux autres cas, opérés dans de meilleures conditions, se sont tous et rapidement terminés par la mort.

C H A P I T R E I I I

CANCER DE L'OREILLE INTERNE

Le trait le plus caractéristique du cancer de l'oreille interne est son extrême rareté. Son existence même est contestée et les rarissimes cas cités ne seraient, pour beaucoup d'auteurs, que des sarcomes nés aux dépens de régions voisines et envahissant secondairement l'oreille.

Sa symptomatologie est sans relief, noyée au milieu de douleurs extrêmement vives qui dominent le tableau clinique. Il n'a aucune symptomatologie propre. Son pouvoir d'extension serait très rapide et il se présenterait, en définitive, sous l'aspect d'une tumeur cérébrale, ou d'une tumeur de la base du crâne à riche symptomatologie suivant les nerfs intéressés dans son extension.

Dans tous les cas, le pronostic est rapidement fatal, la mort survient à brève échéance, dans le coma.

Son diagnostic en est impossible. On n'y pense pas,

tellement il est rarissime. Un diagnostic peut être éliminé avec certitude, le chlorome, dont nous avons parlé à propos du sarcome de la caisse, en raison de sa bilatéralité et du syndrome leucénique qui l'accompagne.

Porter le diagnostic de cancer de l'oreille interne est d'ailleurs une pure satisfaction de l'esprit, pour autant qu'il soit exact, tout essai thérapeutique étant incapable d'apporter la moindre amélioration au malade. On se bornera à un traitement palliatif, traitement symptomatique de la douleur, par la radiothérapie.

OBSERVATION N° I (MOULONGUET)

H..., 62 ans.

Consulte à l'hôpital Boucicaut le 10 février 1939.

Ulcération typiquement cancéreuse de l'hélix débordant sur les faces externe et interne du pavillon. Infiltration des téguments due vraisemblablement à l'infection secondaire, débordant largement les limites de la tumeur et atteignant le cuir chevelu en haut, la peau de la région mastoïdienne en arrière.

Début, 6 mois auparavant.

Pas de ganglions décelables à l'examen clinique.

Le malade est envoyé à la Fondation Curie qui conseille, en raison de l'infection, une intervention chirurgicale.

On intervient en enlevant, au bistouri électrique, toute la partie du pavillon sus-jacente au bord inférieur du conduit. L'incision passe, en avant, en haut et en arrière, à un bon centimètre de l'insertion du pavillon.

On rapproche, aux crins, les bords de la plaie qui cicatrise en trois semaines. 6 mois après, la peau avoisinante qui était infiltrée, est souple, normale.

OBSERVATION N° 2 (BOUCHET)

L... Yvonne, 13 ans.

Aucun antécédent O. R. L. important.

Otite gauche en novembre 1937. Paracentèse. Evolution normale. Fermeture du tympan en 2 semaines.

Dès ce moment, on note une petite masse dure sensible dans l'angle postéro-inférieur du conduit. Elle est du volume d'un grain de mil, semblable à une exotose du conduit tant par sa couleur que par sa consistance.

En janvier 1938, la masse a grossi, a tendance à « rosir ». On demande à la malade de la suivre pour étudier l'évolution de cette tumeur suspecte. Elle n'est revue qu'en Juin.

Le 11 juin 1938, hémorragie auriculaire gauche, abondante, arrêtée par méchage. La masse est maintenant du volume d'une grosse lentille, sessile, rouge, lisse, dure. L'hémorragie a été spontanée, provenant d'une déhiscence de l'enveloppe à son pôle supérieur.

Le 15 juin, biopsie à la curette. On a l'impression de tomber dans une cavité kystique à coque osseuse mince qui saigne beaucoup.

Résultat de la biopsie : dans la paroi du kyste, quelques lamelles d'ossification. Tissu osseux sur les petits fragments. Pas de lésion tumorale.

La malade est suivie régulièrement et le 19 octobre, la masse ayant encore grossi et obturant le fond du conduit, les parents consentent à l'opération.

Abord par voie rétro-auriculaire. Exploration de la mastoïde après antrotomie. Décollement de la paroi postérieure du conduit jusqu'au tympan. On aperçoit alors la tumeur qui est molle, située dans la paroi postéro-inférieure, et de la grosseur d'un grain de maïs. On l'enlève à la curette jusqu'à contact osseux normal. Elle saigne beaucoup.

L'examen de la tumeur prélevée donne le résultat suivant : sarcome à myéloplaxes.

Suites opératoires normales. Cicatrisation rapide. Cependant, le fond du conduit semblant suspect, on intervient à nouveau, le 19 novembre en pratiquant un évidement.

ment large. La tumeur semble avoir pour point de départ, la suture tympano-mastoïdienne. Elle pénètre dans le massif du facial en arrière et en dedans. La cicatrisation est obtenue au bout d'un mois.

Le fond de la cavité d'évidement a malheureusement tendance à se combler à nouveau et l'on décide le 4 janvier 1939 un traitement radiothérapique.

Après 10 séances, la malade est revue. La cavité a toujours tendance à se combler. Il existe une voussure de la paroi antérieure du massif du facial et la région attico-antrale, qui pourtant avait été largement dégagée, lors de l'évidement, est nivelée.

La malade n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION N° 3 (MOULONGUET)

L... A..., 45 ans.

Antécédents héréditaires nuls.

En 1918, début de congestion pulmonaire grave. Dans l'enfance, coxalgie droite qui a laissé une boiterie; n'a jamais eu d'écoulement d'oreille.

En mai 1924, apparition d'une tuméfaction de la paroi antéro-inférieure du conduit externe droit qui augmente progressivement de volume. Vu pour la première fois le 17 avril 1925; on constate l'existence d'une tumeur de la paroi antéro-inférieure du conduit auditif droit; la peau qui recouvre la tumeur est d'apparence normale, à peine rosée et paraît faire corps avec la tumeur sous-jacente; la lumière du conduit est fermée aux trois-quarts; elle se présente sous forme d'un croissant à concavité antéro-inférieure. Dans le fond, la tumeur paraît presque au contact du tympan; en dehors, elle reste à

5 ou 6 mm. de la conque et se termine de ce côté en pente douce; mouvement de la mâchoire conservé ; pression du tragus indolore; pas de ganglion.

Le 18 mai 1925, sous anesthésie au chloroforme, incision postérieure rétro-auriculaire; on mord à la gouge la paroi osseuse du conduit; on décolle le conduit jusqu'au tympan; l'incision longitudinale du conduit montre une tumeur infiltrée qui occupe la majeure partie du conduit auditif externe; on enlève la majeure partie du conduit auditif externe.

La biopsie donne les résultats suivants : épithélioma né aux dépens des goulots des glandes cérumineuses du conduit auditif.

Devant les résultats de biopsie et après consultation du Professeur SEBILEAU, on pratique un évidement pétro-mastoïdien avec résection de tout le pavillon et de tout le conduit externe. L'insertion antéro-inférieure du tympan est infiltrée par la tumeur. Suites opératoires très simples et le malade est resté guéri pendant dix ans.

En Novembre 1935, apparition d'une paralysie faciale. On constate que la cicatrice auriculaire est soulevée surtout au niveau de la région mastoïdienne.

Le 6 février 1936, sous anesthésie au schleich, incision de la région vossurée; on tombe sur une volumineuse masse néoplasique qui remplit toute la cavité d'évidement; on trouve en haut et en arrière que la masse néoplasique a détruit une partie importante du temporal et envahi les méninges sur une surface large comme une pièce de 5 francs. En bas et en avant, on arrive à séparer la masse néoplasique de la parotide dont elle est séparée par une zone de clivage très nette. De côté du promontoire, la tumeur se laisse facilement séparer de l'os sous-jacent.

Au cours des semaines suivantes, on pratique 15 séances de radiothérapie pénétrante.

En juin 1936, le malade est revu, entièrement cicatrisé; la céphalée violente qu'il accusait depuis novembre 1935 a complètement disparu mais dans la région parotidienne il existe une infiltration néoplasique qui montre qu'il y a récurrence en ce point.

Le malade meurt à la fin de l'année.

OBSERVATION N° 4 (MOULONGUET)

G... Léonie, 62 ans.

Antécédents héréditaires nuls.

Le 15 décembre 1936, apparition d'une surdité de l'oreille gauche. Son médecin pratique un lavage d'oreille qui ne ramène rien; depuis ce moment l'oreille coule, prurit assez violent.

Vue pour la première fois le 28 décembre 1936. Conduit gauche très enflammé, suintant; diagnostic : eczéma de l'oreille; bains de l'oreille au nitrate d'argent.

Le 9 février 1937, la malade ayant saigné de l'oreille gauche revient; il existe un bourgeon inséré sur la paroi inférieure du conduit auditif externe. Prélèvement : la biopsie révèle un épithélioma malpighien bourgeonnant évoluant vers le type baso-cellulaire.

Le 23 février, toute la paroi inférieure du conduit auditif externe est tuméfiée et bourgeonnante; le tympan est absolument invisible, le conduit étant plein des masses fongueuses qui saignent au moindre contact; la surdité est très marquée de type oreille moyenne; voix chuchotée : non perçue; voix haute : à 50 cm. Pas de ganglion.

Le 25 février, sous anesthésie au schleich, incision au bistouri électrique, horizontale, qui part de la partie moyenne du bord postérieur de l'hélix, traverse l'anthélix, la conque, longe la racine de l'hélix et arrive devant l'oreille au-dessus du tragus. Une seconde incision curviligne descend devant le tragus, devant le lobule et remonte derrière le pavillon jusqu'à rejoindre l'incision horizontale. On essaie d'enlever en bloc au bistouri diathermique, toute la moitié inférieure de l'oreille ainsi délimitée et le conduit auditif membraneux. Après l'abrasion de cette masse, on arrive sur la caisse du tympan remplie de fongosités; on fait un curetage prudent et on pratique un évidement pétro-mastoïdien avec résection de la majeure partie de la mastoïde; la dure-mère n'est pas mise à nue.

Dans les semaines qui suivent, on fait pratiquer 15 séances de radiothérapie pénétrante.

Les suites opératoires ont été très simples, sans paralysie faciale, sans réaction labyrinthique et la cicatrisation a été obtenue en trois mois. Il ne persiste qu'un léger suintement tubaire. La voix haute est perçue à 30 cm. environ.

La malade, revue en janvier 1939, était en parfait état.

OBSERVATION N° 5 (MOULONGUET)

D... Jean, 62 ans.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels : a toujours eu une bonne santé, mais à plusieurs reprises a fait des écoulements intermittents de l'oreille gauche qui n'ont jamais entraîné d'opération ni d'examen spécial.

Eu août 1923, vient consulter pour une suppuration fétide de l'oreille gauche, accompagnée de douleurs qui remontent à un mois et augmentent progressivement d'intensité.

Le conduit auditif est rempli de bourgeons saignants au milieu desquels suinte un liquide très fétide. On prélève un bourgeon du conduit qui décèle un épithélioma malpighien. La surdité est très marquée, de type labyrinthique; il n'y a pas d'adénopathie.

Le 17 août 1923, sous anesthésie au schleich, résection de tout le pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe. La masse néoplasique envahit les cavités de l'oreille moyenne; on la curette aussi complètement que possible; les repères anatomiques de la caisse ont complètement disparu. Après l'opération, on met en place dans la cavité d'évidement 4 tubes de radium et l'on détruit 30 millicuries en 6 jours.

Quinze jours après l'application de radium apparaissent des douleurs terribles dans la région auriculaire, douleurs violentes qui ont persisté jusqu'à la mort du sujet en avril 1924. La plaie ne s'est jamais cicatrisée et a continué à suppurer abondamment.

OBSERVATION N° 6 (MOULONGUET)

P..., 32 ans.

Aucun antécédent.

En janvier 1932, douleur très violente dans la région auriculaire droite. L'examen ne révèle qu'un tympan à peine rosé.

Après 3 jours d'attente, et devant la persistance des

douleurs, qui augmentent progressivement, la surdité et l'aspect rouge du tympan, on fait une paracentèse qui ne ramène qu'un peu de sang.

Au bout de 8 jours, les douleurs devenant de plus en plus vives, nouvelle paracentèse qui ne donne rien de plus que la première.

Aucune douleur à la pression mastoïdienne.

Quinze jours après la première paracentèse, la malade est envoyée en consultation à l'hôpital Boucicaud : tympan rosé, minime suintement séro-sanglant à travers la paracentèse. Pas de douleur mastoïdienne. Surdité de type oreille moyenne.

L'examen de la formule sanguine et la numération leucocytaire donnent une formule normale. La radio ne montre rien de net. On diagnostique névralgie.

Quelques jours après, la malade qui ne dort pas depuis 15 jours et a beaucoup maigri, va consulter dans un autre hôpital privé, où l'on fait une trépanation mastoïdienne.

Un mois plus tard, elle revient à l'hôpital Boucicaud, souffrant autant, avec une plaie mastoïdienne à peu près cicatrisée. A ce moment, on constate un certain degré de trismus.

Vers le 15 mars, la situation est inchangée. La malade souffre affreusement. La plaie mastoïdienne est bien cicatrisée. On constate l'existence d'un petit ganglion angulo-maxillaire, gros comme une noisette. Trismus plus marqué. Examen du cavum négatif.

Le 15 avril, la malade est revue complètement cachectique, ne dormant qu'avec de la morphine. Trismus très marqué. Le ganglion angulo-maxillaire a triplé de volume, est dur comme du bois, d'apparence néo-plasique. On constate difficilement à cause du trismus, un soulèvement

de l'amygdale droite et une tuméfaction de la paroi postérieure du pharynx qui arrive jusqu'à la ligne médiane. La muqueuse pharyngée est d'ailleurs d'apparence normale. On arrive à prélever un fragment de la masse néoplasique pharyngée. Il s'agit d'un épithélioma malpighien baso-cellulaire.

Un traitement radiothérapique a amené une certaine sédation des douleurs.

Mort en août 1932.

OBSERVATION N° 7 (HAUTANT et LACASSAGNE)

M... G..., 42 ans.

Elle présentait de l'eczéma des deux conduits auditifs externes depuis une quinzaine d'années. Au mois d'avril 1932, le conduit auditif gauche s'obture; des douleurs vives surviennent; de petites hémorragies. Ce conduit auditif, dans sa partie osseuse, est bouché de granulations.

Un prélèvement décèle un épithélioma.

Examen histologique : épithélioma probablement épidermoïde d'allure très envahissante. Architecture cordonale grêle dispersée. Pas d'évolution vers la kératinisation. Mitoses nombreuses.

Examen : bourgeons saignants ayant envahi le conduit auditif de la caisse. Pas de paralysie faciale. Formule d'audition : lésion de l'oreille moyenne. Tuméfaction parotidienne dans la région prétragienne empatée. Un ganglion à la partie haute du bord antérieur du sterno. Très vives douleurs empêchant le sommeil; malade amaigrie et

fatiguée; elle réclame un traitement quel qu'il soit car ses souffrances sont trop violentes.

Il s'agit vraisemblablement d'un épithélioma cutané ayant envahi secondairement l'oreille moyenne. Les lésions osseuses sont certainement peu étendues, puisque le labyrinthe et le facial sont intacts. Envahissement probable de la parotide et métastase ganglionnaire.

Une intervention chirurgicale est décidée pour enlever la plus grande partie des lésions, transformer la surface cancérisée en un plan uni, plat, et réséquer les parties osseuses atteintes par le néoplasme pour éviter la radio-nécrose (21 juillet 1932).

1°. — Incision en raquette autour du pavillon de l'oreille la queue de la raquette descend devant le bord antérieur du sterno. 2°. — Résection de la moitié antérieure de l'apophyse mastoïde et du mur de la logette au-dessus du conduit auditif externe. 3°. — Recherche de l'apophyse styloïde, découverte du facial. 4°. — En suivant le facial, tout le tissu parotidien situé à la face externe de ce plan est réséqué dans la moitié postérieure de la glande. 5°. — Ablation d'un ganglion cervical.

Cicatrisation. Pas de paralysie faciale.

16 août 1932. La malade est envoyée à l'Institut Curie pour radiumthérapie. Etat général amélioré à cause de la cessation des douleurs et du meilleur sommeil.

Plaie profondément excavée. En arrière on voit les cellules mastoïdiennes ouvertes. Elle se prolonge en dedans et en haut dans les plans parotidiens et osseux creusés d'une cavité de 2 centimètres de profondeur et de 1 cm. 1/2 de diamètre. Bourgeons pâles et saillants. Pas d'aspect nécrotique.

L'ensemble de la plaie mesure 6 centimètres dans le

sens vertical, sur 3 centimètres dans le sens transversal. Pas de ganglion sous claviculaire ni carotidien.

L'intervention a été forcément incomplète, la caisse a été simplement curettée; la partie postérieure de la parotide est suspecte.

16 août 1932 début de la télécuriethérapie. Appareil à pied contenant 2 grammes de radium : 15 m.c.d./H.

24 août. Fin de l'irradiation (8 jours).

Dose donnée : 345 m.c.d.

Surface : 60 centimètres carrés.

Distance : 8 centimètres.

Filtre : Pt. 1 millimètre.

Traitement et suites sans incident.

Juillet 1934, soit deux ans après le traitement. Cicatrisation parfaite de la plaie. Pas de radionécrose. Pas de paralysie faciale. Formule auditive, type lésion oreille moyenne.

En juin 1940, la malade était toujours en parfait état. Pas de récurrence.

OBSERVATION N° 8 (MOULONGUET)

M... Jean, 5 ans.

Aucun antécédent.

Consulte en mai 1931 pour une tuméfaction mastoïdienne, indolente, apparue une quinzaine de jours auparavant.

Le tympan est normal. La mastoïde droite est soulevée par une masse qui n'adhère pas à la peau et paraît

de consistance assez dure. La pression semble peu douloureuse.

Un traitement antisiphilitique est institué et poursuivi pendant 3 semaines sans aucun résultat.

Le 10 juin, l'enfant est examiné à Paris. On pense à un sarcome et on fait une mastoïdectomie pour prélèvement des fongosités. Les lésions s'étendent jusqu'aux méninges qui sont granuleuses.

Examen histologique : sarcome fuso-cellulaire.

Traitement radiothérapique.

Mort en Octobre 1931.

OBSERVATION N° 9 (HALPHEN)

Enfant de 11 ans, examiné en 1926. Surdité unilatérale progressive datant de 1921. Tympan repoussé par une masse d'apparence bleutée qui occupe tout le quadrant inféro-postérieur. La ponction ramène de la sérosité et non du sang ce qui élimine le tympan bleu.

Il y a un gonflement de la partie postérieure de la mastoïde. Les épreuves auditives décèlent une surdité type oreille moyenne.

Il n'y a jamais eu ni bourdonnements, ni vertiges.

Radio des 2 mastoïdes ; côté sain : cellules assez développées ; côté malade : la mastoïde présente une tache noire sur le positif, estompant les détails d'architecture normale.

Depuis 2 ou 3 jours : troubles visuels.

On pense à un sarcome de l'oreille moyenne. L'enfant reste quelque temps sans être suivi.

On l'opère en pratiquant un évidement pétro-mastoïdien.

La biopsie révèle un sarcome à petites cellules rondes.

Depuis l'enfant est resté guéri.

Au début de 1939, il était en parfaite santé.

CONCLUSIONS

Le cancer de l'oreille est une affection rare, surtout dans sa localisation à l'oreille moyenne où il est plus souvent un épithélioma qu'un sarcome.

— Le plus fréquemment observé est l'épithélioma du pavillon.

C'est aussi le plus favorable. Il est accessible aux divers modes de traitement.

Son polymorphisme histologique est riche : épithélioma spino-cellulaire dans la moitié des cas, plus rarement baso-cellulaire, mixte ou sarcome. Nous avons rapporté au cours de cette étude 2 formes rarement observées :

Un sarcome à myéloplaxes du conduit (observation n° 2) ;

Un épithélioma né aux dépens des goulots des glandes cérumineuses du conduit (observation n° 3).

— Le cancer de l'oreille interne est tout à fait exceptionnel et n'est pas encore une entité clinique bien définie.

Le diagnostic du cancer de l'oreille est souvent des plus difficiles à poser, non pas tant en ce qui concerne le cancer du pavillon qui sera facilement reconnu, que pour ce qui est du cancer de l'oreille moyenne. Et pourtant un diagnostic précoce est la condition essentielle d'un résultat satisfaisant.

Nous avons vu la difficulté d'appréciation des symptômes de l'épithélioma, au début. Nous en retiendrons deux :

LES DOULEURS TRÈS VIVES, avant tout,
LA PARALYSIE FACIALE,

qui doivent attirer l'attention en présence d'une otite chronique qui se complique.

Le diagnostic du sarcome est plus malaisé encore, tant qu'il n'a pas franchi la barrière tympanique.

Deux examens seront du plus grand secours et doivent être crédités des plus larges indications :

1°) La biopsie, que l'on répétera au besoin car elle n'est pas toujours affirmative notamment dans le sarcome.

2°) La radiographie, qui constitue un élément de diagnostic essentiel du sarcome non extériorisé, et qui est, d'autre part un important moyen d'appréciation de l'étendue des lésions.

Le pronostic dépend essentiellement du siège du

cancer, de la précocité du diagnostic et de la mise en œuvre du traitement.

Il est favorable dans le cancer du pavillon, encore que l'âge souvent avancé des malades ne permette pas toujours de longues survies. Néanmoins, le traitement donne des succès très appréciables :

— au début, par la Radiumthérapie, qui nous semble le procédé de choix;

— plus tard, par l'exérèse chirurgicale au bistouri électrique avec curage ganglionnaire, sans qu'il soit possible d'établir, à ce propos, une règle fixe tant la rareté relative de l'envahissement ganglionnaire au cours des épithéliomas auriculaires, le caractère dit-tus des régions lymphatiques, font qu'il n'est guère possible d'intervenir chirurgicalement de façon systématique sur des régions où aucune adénopathie clinique ne peut être décelée.

Depuis quelques années, le pronostic de l'épithélioma de l'oreille moyenne semble s'améliorer, sans doute en raison du dépistage plus précoce du cancer. Nous avons fait état, au cours de ce travail, de survies de plusieurs années dont l'une de plus de 10 ans. La récurrence, au bout de ce temps, alors qu'on pouvait légitimement croire à une guérison définitive, ne peut néanmoins que nous rendre sceptique et prudent sur l'appréciation définitive des résultats opératoires et

faire prononcer le mot guérison qu'avec les plus expresses réserves.

Nous avons vu également que le siège initial de l'épithélioma semble lui conférer un caractère de gravité différent et il semble bien que l'épithélioma du conduit propagé à la caisse du tympan soit plus favorable que l'épithélioma vrai de l'oreille moyenne.

En ce qui concerne le sarcome de l'oreille moyenne, le pronostic reste des plus sombres, plus encore chez l'enfant que chez l'adulte, et ce, malgré l'unique cas de guérison durable depuis 14 ans, rapporté par HALPHEN.

C'est dans ce domaine, semble-t-il, que les statistiques n'ont guère varié depuis de nombreuses années, le sarcome de l'oreille moyenne étant exceptionnellement traité à un moment favorable : avant qu'il ne soit extériorisé. Son pouvoir d'extension est tellement considérable et rapide qu'il importe, plus encore ici que dans l'épithélioma, d'en porter un diagnostic précoce.

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
LEMAITRE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AVANT 1933. — Consulter la thèse de SOBEL, Le cancer de l'oreille (Paris).
- ALONSO. — Contribution à l'étude des tumeurs de l'oreille moyenne. (*Revue de Laryngologie*, 1934).
- ANTOGNOLI. — Complications endocraniennes et pathogénie des épithéliomas de l'oreille moyenne. (*Riv. Oto. Neuro-Ophtal.*, juillet 1935).
- BAROLA. — Epithélioma de l'oreille moyenne. (*Boll. d. Mal. d. Orecchio d. Gola d. Naso*, avril 1935).
- BLACKVELLE. — 2 cas de néoplasme du C. A. E. (*The Laryngoscope*, St Louis, février 1934).
- BRÉMOND et BURKARD. — Syndrome du trou déchiré postérieur avec paralysie du nerf facial causé par un épithélioma de l'oreille moyenne. (*Revue d'Oto. Neuro-Ophtalmologie*, février 1936).
- CABOCHE. — Cancer épithélial de l'oreille moyenne. (*X^e Congrès international*, Paris, juillet 1934).
- CABARROUY. — Epithéliomas de l'oreille moyenne et cholestéatome. (*Revue de Laryngologie Otol. et Rhinol.*, septembre-octobre 1938).

CHAVANNAZ. — Sur le cancer de l'oreille externe. (*Bordeaux Chir.*, juillet 1936).

CHERIDJIAN et SCLICLOUNOFF. — A propos de 2 cas de carcinome de l'oreille moyenne. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, février 1938).

COLLEVILLE. — Epithélioma spino-cellulaire de l'oreille moyenne. (*Ann. d'Oto Laryng.*, mars 1938).

CORTIAL. — Cancer de l'oreille externe. (*Thèse*. Lyon 1935).

DUGOUJON. — Contribution à l'étude de l'épithélioma de l'oreille externe. (*Thèse*. Bordeaux 1936).

FINNEBERG. — Cancer primitif du conduit auditif externe. (*Ann. of Otol.* St Louis, Juin 1934).

GRITTI. — Adéno carcinoma de l'orecchio medio. (*Otto rino laring. ital.* Sept. 1934).

HAUTANT et LACASSAGNE. — Epithélioma de l'oreille externe et l'oreille moyenne. (*Ann. d'oto Laryng.*, décembre 1934).

INGERVOLL. — Epithélioma primaire de l'oreille moyenne. (*Pr. Am. Ot. Ol. Soc. New-Bedford*. Mars 1934).

LABORDE et VIA. — Etude sur les épithéliomas du pavillon de l'oreille. (*Bull. de l'Assoc. Franc. pour l'étude du cancer*. Décembre 1934).

LAND. — Epithélioma of external auditory meatus. (*J. Laryng. d'Otol.* Novembre 1935).

LANGE. — Le cancer du pavillon de l'oreille. (*Thèse*, Toulouse 1936).

- LASCHIEWICZ. — Cholestéatome congénital. (*Revue de Laryngologie*, Mars 1937) .
- LEHMANN. — Epithélioma of ear. Consideration of difficulties in its treatment with radiation. (*Arch. dermat. et syphil.* Février 1934).
- MAESTRAZZI. — 2 cas de cancers de l'oreille moyenne. (*Ost. Maggiore*, Décembre 1937).
- PEYCELON et MOREL. — A propos de 42 cas de cancer du pavillon de l'oreille. (*Revue de Chirurgie*, Paris, Juillet 1935).
- PRIZANT. — Cancer de l'oreille moyenne. (*Vrach Delo*, 1935).
- RIQUEBOURG. — Epithélioma del trabellon auricular. (*Rev. Assoc. Méd., Argent.*, 30 Août 1936).
- ROUX-BERGER et JADDLORKER. — Quelques considérations sur les épithéliomas de l'oreille externe. (*Paris Médical*, Juin 1940).
- SCHALL. — Néoplasies intéressant l'oreille moyenne. (*Arch. of Otol.* Chicago, Novembre 1935).
- SEGRÉ. — Transformation d'un cholestéatome en cancer. (*Oto Rhino Laryng. Ital.* Mai 1935).
- TEN SELDAM. — Carcinome de l'oreille moyenne. (*Journ. de Chir.* Février 1935).
- THORELL. — Traitement des tumeurs malignes de l'oreille moyenne. (*Acto. Radiol.* 1935).
- USTEL. — Roentgendagnostic des carcinomes de l'oreille moyenne. (*Roentgenproxis*, Décembre 1935).
- YATE. — Primary Carcinoma of middle ear. (*Kentucky N. J.* Novembre 1936).

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV^e
